

**Private
behandlingsforsikringer –
status og mulige
konsekvenser på
effektivitet og fordeling**

Sverre Grepperud
Department of Health Management
and Health Economics, University
of Oslo, Norway

**UNIVERSITY
OF OSLO**
HEALTH ECONOMICS
RESEARCH NETWORK

Working paper 2018: 2

Private behandlingsforsikringer – status og mulige konsekvenser på effektivitet og fordeling

Sverre Grepperud

Avdeling for Helseledelse og Helseøkonomi

Institutt for Helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Dette notatet er initiert og finansiert av Helsedirektoratet. Forfatteren står selv ansvarlig for alt innhold.

INNHALDFORTEGNELSE

1. Innledning	3
2. Private behandlingsforsikringer: status og utvikling	5
3. Hvilke tjenester omfattes av private behandlingsforsikringer?	11
4. Hvem har private behandlingsforsikringer?	13
5. Motivene for kjøp av private behandlingsforsikringer	19
6. Samfunnsmessige konsekvenser av marked for private behandlingsforsikringer	23
6.1 Argumenter i favør av et marked for private behandlingsforsikringer	
6.2 Argumenter i disfavør av et marked for private behandlingsforsikringer	
7. Private behandlingsforsikringer og lik adgang til helsetjenester	26
7.1 Om helsepolitiske mål vedrørende fordeling	
7.2 En drøfting av private behandlingsforsikringer og adgangen til Spesialisthelsetjenester	
8. En kort oppsummering og noen refleksjoner om fremtiden	32
Vedlegg	36
Referanser	37

1. Innledning¹

Begrepet helseforsikring kan omfatte både kontantutbetalingsforsikringer («indemnity») og forsikringer som kompenserer for utgifter til påløpt behandling (behandlingsforsikringer). Med offentlige behandlingsforsikringer menes gjerne forsikringer som er skattefinansierte og som oftest, men ikke alltid, så er slike forsikringer obligatoriske (ikke-frivillige) og dermed også universelle. Med private behandlingsforsikringer menes frivillige forsikringer som tilbys av selskaper i privat eie (eid av en gruppe borgere) og hvor premiene avhenger av helserisiko på individ- eller gruppenivå.

Det foreligger en god del litteratur som klassifiserer behandlingsforsikringer i grupper avhengig av finansieringskilder, grad av frivillighet, prinsipper for premie-beregning etc.² For land med en etablert offentlig behandlingsforsikring så skiller man mellom følgende typer av private behandlingsforsikringer; (i) Dupliserende («duplicate»), (ii) Komplementære («complementary»), og, (iii) Supplerende («supplementary») (OECD, 2004). Med Dupliserende menes forsikringer som dekker de samme tjenestene som den offentlige forsikringen men som kan gi adgang til andre leverandører eller andre tjeneste-nivå. Med Komplementære forsikringer menes forsikringer som dekker deler (eller alle) av de behandlingsutgiftene som den offentlige forsikringen *ikke* dekker. Typisk vil dette være forsikringer som dekker egenbetalinger som påløper i den offentlige forsikringen. Med Supplerende forsikringer menes forsikringer som inkluderer tjenester som i utgangspunktet ikke er omfattet av den offentlige forsikringen (full egenbetaling). Slike forsikringer vil typisk kunne kompensere for utgifter i forbindelse med plastisk kirurgi, tannpleie og utgifter til visse typer medisiner.³

FinansNorge registrerer utviklingen i antall behandlingsforsikringer for sine medlemmer og definerer slike forsikringer som «forsikringer som gir rett til medisinsk

¹ En takk til FinansNorge v/Kari Mørk for verdifull dataassistanse. Jeg vil også takke Jan Abel Olsen, Pål Andreas Pedersen samt deltakere på seminarer i Helsedirektoratet for relevant innspill og Vidar Arnulf for en nyttig samtale.

² Litteratur som drøfter slike problemstillinger er OECD (2004), Colombo og Tapay (2004), Brunner m.fl. (2012), Thomson og Mossiales (2004).

³ Begrepet «Substituerende forsikringer» betegner private behandlingsforsikringer som representerer et fullverdig alternativ til den offentlige forsikringen («kan fullt ut erstatte»). Anvendes gjerne når man kan velge mellom en offentlig - eller privat forsikring.

behandling for inntrufne sykdommer innen definerte tidsgrenser».⁴ Aarbu (2008) definerer de samme forsikringene som «en garanti for at den forsikrede får adekvat og tilstrekkelig behandling for skade/sykdom i løpet av en uttrykkelig spesifisert garantitid. Ytterligere en definisjon er⁵; «forsikringer som innebærer en garanti for at den forsikrede får behandling for skade eller sykdom innen en spesifisert, garantert tidsfrist hvor tidsfristen varierer mellom selskapene. Garantien omfatter normalt både utredning og operasjon og det er vanligvis ingen egenandel knyttet til forsikringen». Alle definisjonene som det refereres til over vektlegger altså den rolle denne type av forsikring har i å sikre behandling innen en predefinert frist.

FinansNorge, i sin registrering, skiller mellom kollektive og individuelle avtaler. Kollektive avtaler omfatter ulike typer av gruppeforsikringer som i all hovedsak er tegnet av arbeidsgivere men som også kan inkludere avtaler tegnet av andre. Eksempler er kommuner som kjøper forsikringer for alle sine innbyggere eller ulike organisasjoner, for eksempel fagforeninger som formidler salg av slike avtaler til sine medlemmer. Individuelle avtaler henviser til kontrakter som inngås enkeltvis (av individ/husholdninger).

Frivillige private behandlingsforsikringer tilbys også i våre nordiske naboland og en nylig publisert studie gir informasjon om likheter og særtrekk (Alexandersen m. fl., 2016). Noen konklusjoner fra denne analysen er; (i) Sverige er det landet i Norden hvor fellestrekkene med Norge er størst, (ii) både Sverige og Norge domineres av Dupliserende behandlingsforsikringer, (iii) i Danmark og Finland er Komplementære behandlingsforsikringer mer vanlig, (iv) i Danmark har Komplementære behandlingsforsikringer vært viktige siden 1970-tallet mens Dupliserende behandlingsforsikringer er et nyere fenomen. Andelene av befolkningene som har private behandlingsforsikringer er som følger; 51 prosent (Danmark), 20 prosent (Finland), 10 prosent (Norge) og 7 prosent (Sverige).

Rammebetingelsene for behandlingsforsikringer i Norge har vært stabile med unntak av for perioden 2003 – 2006. I 2003 innførte Bondevik II-regjeringen et skattefritak for forsikringer betalt av arbeidsgivere noe som medførte at de ble unntatt arbeidsgiveravgift, samtidig som arbeidstakerne som ble dekket av slike avtaler slapp fordelsbeskatning. Denne ordningen ble reversert av Stoltenberg-II regjeringen i 2006. Siden den gang har slike forsikringer vært beskattet som lønnsinntekt, og dermed utløst arbeidsgiveravgift.

⁴ Se web.fnh.no (fakta om personforsikringer).

⁵ www.pressreader.com/norway/dagbladet/20090824/281500747274391

Dette notatet har en todelt struktur. Den første delen (kapittel 2 til 5) er i all hovedsak deskriptiv. I kapittel 2 redegjøres det for status og utviklingen når det gjelder private behandlingsforsikringer i Norge. Vi ser deretter på hvilke typer tjenester som omfattes av slike forsikringer (kapittel 3). I kapittel 4 og 5 oppsummeres hovedfunn fra forskning på norske data - hvem er omfattet av slike forsikringer (kapittel 4) og hva er motivene for kjøp (kapittel 5). I den andre delen (kapittel 6 til 8) gjennomføres en drøfting av den betydningen slike forsikringer kan ha på fordeling og effektivitet. I kapittel 6 redegjør vi for mulige samfunnsmessige konsekvenser, både på effektivitet og fordeling, av et privat marked. I kapittel 7 gjennomføres en grundigere drøfting av mulige fordelingspolitiske konsekvenser (lik adgang til helsetjenester). Kapittel 8 oppsummerer og reflekterer rundt den fremtidige utviklingen for dette markedet. For å effektivisere språkbruken så vil, i den grad det ikke skaper misforståelser, man anvende begrepene «forsikringer» og forkortelsen PBF om «private behandlingsforsikringer».⁶

2. Frivillige private behandlingsforsikringer - status og utvikling.

I følge FinansNorge⁷ var det ved utløpet av 3. kvartal 2017 totalt 524.488 individer som hadde behandlingsforsikringer hvorav 470.180 var registrert i kollektive avtaler mens de resterende (54.308) var omfattet av individuelle avtaler. Dette betyr at høsten 2017 så hadde 9,9 prosent av den norske befolkningen en privat forsikring. Målt som andel av alle sysselsatte og alle heltidsansatte så blir tallene henholdsvis 19,6 prosent og 26 prosent.⁸ Den relative veksten det siste året (fra 3. kvartal 2016 til 3. kvartal 2017) har vært på 9,8 prosent hvorav de kollektive avtalene vokste med 8,1 prosent mens de individuelle avtalene vokste med 26,1 prosent. Fordelingen mellom de kollektive og individuelle avtalene er nå på 89,6 prosent versus 10,4 prosent.

Utviklingen i antallet private behandlingsforsikringer følger av statistikk oppgitt av FinansNorge men denne statistikken gir ikke en fullstendig beskrivelse av utviklingen i Norge

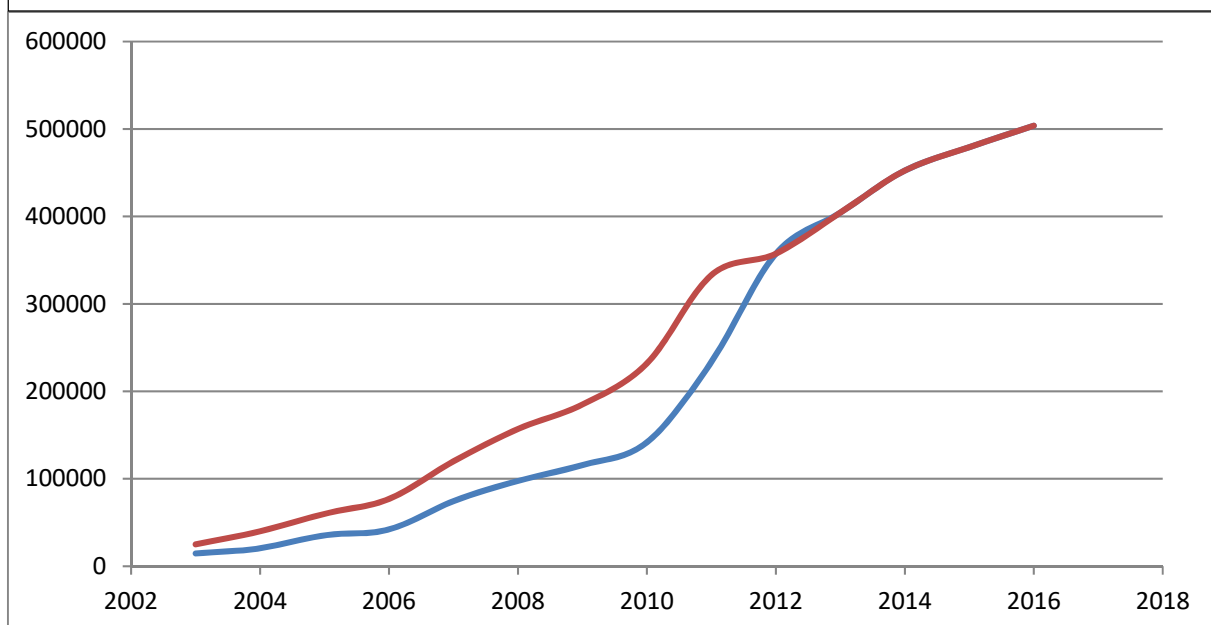
⁶ I dette notatet har vi valgt å anvende begrepene som brukes av FinansNorge – altså kollektive og individuelle forsikringer (avtaler). Alternative begrep vil være arbeidsgiverfinansierte forsikringer og egenfinansierte forsikringer (husholdningsforsikringer).

⁷ Finansnæringens Hovedorganisasjon ble stiftet i 1999 og ble fra 1. januar 2010 medlem av FinansNorge

⁸ Disse estimatene følger av SSBs befolkningsstatistikk og arbeidskraftundersøkelse (AKU) fra 2. og 3. kvartal 2017: (i) befolkningen 2. kvartal 2017 var på 5, 277 mill. personer, (ii) 2,666 mill. personer var sysselsatt 3. kvartal 2017, mens (iii) 2,014 mill. personer var heltidsansatte 3. kvartal 2017. www.ssb.no/aku

da en viktig aktør (Vertikal Helse) ikke inngår før i 2012. Dette har sin forklaring i at FinansNorge kun registrerer egne medlemsbedrifter og Vertikal Helse ble ikke medlem før i 2012.⁹ Vertikal Helse hadde ved utløpet av 2011 en markedsandel på vel 30 prosent og deres inntreden i 2012 økte det totale antallet forsikrede som ble registrert av FinansNorge med 105 562 individer.

Figur 2: Antall forsikrede med private behandlingsforsikringer hvor Vertikal Helse er inkludert. Utviklingen i Norge fra 2003 til 2016. Antall årlige forsikrede er registrert ved utløpet av det enkelte kalenderår. Kilde: FinansNorge.



Figur 1 presenterer utviklingen fra 2003 til 2016 i antallet private behandlingsforsikringer både med (øverste graf) og uten Vertikal Helse (nederste graf). Det følger av Figur 1 at den dramatiske veksten i perioden 2010 til 2012 dempes som en følge av inkluderingen av Vertikal Helse. I Tabell 1 presenteres tall for årlig vekst (absolutt og relativt) samt fordelingen mellom kollektive – og individuelle avtaler (absolutt og relativt) når Vertikal Helse er inkludert for perioden 2003-2016. Det foreligger midlertid ikke data på hvordan medlemmene i Vertikal Helse fordelte seg mellom kollektive avtaler og individuelle avtaler i perioden forut for 2012 men Vertikal Helse hadde i denne perioden hovedsakelig kollektive

⁹ Vertikal Helse er ikke selv et forsikringsselskap og hadde fra oppstarten i 1998 Lloyds som sin forsikringstager. Senere ble det inngått en strategisk samarbeidsavtale mellom Vertikal Helse og Codan Forsikring AS (1 juli 2011). 29 april 2016 ble selskapet overtatt av LHL (Landsforeningen for hjerte - og lungesyke). I september 2017 inngikk Vertikal Helse partnerskap med IF (medio september 2017) under navnet «IF Vertikal Helseforsikring». Det nye partnerskapet har totalt 230 000 forsikringstakere med behandlingsforsikringer (ca. 40 prosent av markedet).

avtaler. I den grad det ble tegnet individuelle kontrakter var det gjerne for familie- medlemmer til individ som allerede var dekket av en kollektiv avtale. I tabell 1 er det antatt at 97 prosent av individene med forsikring i Vertikal Helse var omfattet av en kollektiv avtale (personlig kommunikasjon). (I vedlegget foreligger tallene når Vertikal Helse ikke er inkludert).

Tabell 1: Forekomsten av private behandlingsforsikringer i perioden 2003-2016 hvor Vertikal Helse er inkludert. Utvikling i antall forsikrede (kollektive og individuelle) og årlig vekst (absolutt og prosent). Registreringen er utført ved utløpet av hvert kalenderår. Kilde FinansNorge (FN).

	Totalt antall forsikrede	Antall med kollektive avtaler (andel)	Antall med Individuelle avtaler (andel)	Årlig økning (årlig vekst)
2003	33 932	23 775 (70 %)	10 157 (30 %)	-
2004	46 309	34 672 (75 %)	11 637 (25 %)	12 377 (36 %)
2005	68 536	56 019 (81 %)	12 517 (19 %)	22 227 (48 %)
2006	84 231	71 055 (84 %)	13 176 (16 %)	15 695 (23 %)
2007	131 382	116 058 (88 %)	15 324 (12 %)	47 151 (56 %)
2008	167 114	149 762 (90 %)	17 348 (10 %)	35 732 (27 %)
2009	193 309	175 177 (91 %)	18 132 (9 %)	26 195 (16 %)
2010	234 334	215 834 (92 %)	18 500 (8 %)	41 025 (21 %)
2011	339 301	313 070 (92 %)	26 231 (8 %)	104 967 (45 %)
2012	357 418	325 641 (91 %)	31 827 (9 %)	18 117 (5 %)
2013	404 320	368 805 (91 %)	35 515 (9 %)	46 902 (13 %)
2014	452 488	413 910 (91 %)	38 578 (9 %)	48 168 (12 %)
2015	479 215	437 636 (91 %)	41 579 (9 %)	26 727 (6 %)
2016	503 810	458 567 (91 %)	45 243 (9 %)	24 595 (5 %)

Det følger videre fra tabell 1 at antall forsikrede har økt med vel 420 000 de siste 10 årene (fra 84 231 ved utløpet av 2006 til nesten 504 000 ved utløpet av i 2016). Den absolutte årlige veksten i antall nye forsikrede har variert mellom 12 000 (2004) og 105 000 (2011), mens den relative veksten har variert mellom 5 prosent (2016) og 56 prosent (2007). Den relative veksten var gjennomgående høy i perioden 2003-2011, mens sank noe etter dette og har vært monotont fallende siden 2013.¹⁰ De to siste årene så har de relative vekstratene vært på 5 og 6 prosent noe som er de laveste ratene som er observert.¹¹ På tross av lavere vekstrater de seneste årene så er de absolutte tilvekstene fortsatt relativt høye, for eksempel er den absolutte tilveksten de to siste årene på høyde med den absolutte tilveksten i 2009.

Den relative betydningen av kollektive – og individuelle avtaler har endret seg over tid. I 2003 utgjorde de kollektive avtalene 70 prosent av markedet (se tabell 1) og deres relative betydning økte gradvis frem til 2009, for deretter å stabilisere seg på i overkant av 90 prosent. Antallet med kollektive avtaler har mer enn seksdoblet seg de siste 10 årene (fra 71 000 ved utløpet av 2006 til 458 000 ved utløpet av 2016) mens antallet individuelle avtaler har tredoblet seg i samme periode (fra 15 000 til 45 000).

Tallene som presenteres i tabell 1 og figur 1 er ikke komplette. For det første så inkluderes ikke internasjonale forsikringsselskap som selger forsikringer til norske bedrifter. Fra Seim m.fl. (2007) følger det at av totalt 113 virksomheter, som oppgav å ha kollektive forsikringer i 2005, så hadde fem av dem avtale med et internasjonalt selskap (nesten 5 prosent). For det andre så inkluderes ikke individer eller organisasjoner som har medlemskap hos private klinikker som for eksempel Aleris, Volvat og NIMI. Slike medlemskap har visse paralleller til private behandlingsforsikringene.

For å plassere utviklingen i antall private behandlingsforsikringer i en sammenheng så kan man sammenligne med den utviklingen som har funnet sted for «private forsikringer for kritisk sykdom».¹² Denne typen forsikring har også vokst betydelig over tid og har historisk sett, både målt i antall forsikrede og i årlig premie-innbetaling, vært langt mer utbredt enn private behandlingsforsikringer i Norge. I løpet av 2007 så ble antallet forsikrede med en

¹⁰ I perioden 1998-2003 var den gjennomsnittlige årlige veksten på 35 prosent (Aarbu, 2008).

¹¹ Basert på tallene basert for 3. kvartal 2017 så ser vi igjen en økning i veksttakten, og da særlig for de individuelle avtalene.

¹² Dette er en forsikring som utbetaler en engangserstatning når de forsikrede rammes av en av sykdommene definert i forsikringsavtalen. FinansNorge registrerer kreftforsikringer (en variant av kritisk sykdom begrenset til kreft) i sin statistikk sammen med forsikringer for kritisk sykdom. www.finansnorge.no.

«forsikring mot kritisk sykdom» lavere enn antallet med en privat behandlingforsikring (123 421 mot 131 382). Ved utløpet av 2016 så var det i overkant av 360 000 individer som hadde en «forsikring mot kritisk sykdom» mens nesten 504 000 hadde en privat behandlingforsikring.

Tabell 2 presenterer utviklingen over en tre-års periode for følgende variable; Bestandspremier, Anslått erstatning, og Meldte skader. Ved å sammenstille antall Meldte skader og Antall forsikrede (se Tabell 1) så finner vi at andelen var rundt 50 prosent både i 2015 og 2016. Ved å sammenstille Anslått erstatning og Meldte skader så følger et estimat for den gjennomsnittlige årlige utbetalingen per meldte skade.¹³ Dette gir følgende resultat (i løpende kroner); 3 488 kroner (2014), 3 325 kroner (2015), og 3 600 kroner (2016).¹⁴

Bestandspremier uttrykker den årlige mengde av ressurser som tilføres forsikringsselskapene.¹⁵ For 2016 så var dette beløpet på mer enn 1.2 milliarder kroner.¹⁶ Gitt at den årlige bestandspremien sammenfaller med årlig premie-innbetaling, så kan den årlige gjennomsnittlige premie-innbetalingen beregnes. Dette gir følgende resultat (løpende kroner); 2 227 kroner (2014), 2 383 kroner (2015) og 2 424 kroner (2016).¹⁷ Differansen mellom innbetalinger (1221,4 millioner) og utbetalinger (889,6 millioner) for 2016 tilsvarer 331,8 millioner kroner. Denne beregningen tilsier at 25 prosent av de årlige premieinnbetalingene i 2016 ikke ble betalt ut som erstatninger, men forble i selskapene som kompensasjon for administrative utgifter, markedsførings-kostnader, avkastning på kapitalen, skatt etc. («loading costs»).

¹³ Det presiseres at det hefter en del usikkerhet ved denne beregningen da antall forsikrede vokser over tid samtidig som avtaleperiodene ikke nødvendigvis sammenfaller med kalenderårene.

¹⁴ Antall Meldte skader som andel av Antall forsikrede er overraskende høyt. Hovedforklaringen er at det ofte vil være flere meldte skader forbundet med et enkelt behandlingsforløp, for eksempel skiller man mellom utredning og fysioterapibehandling. Videre så vil ikke alle Meldte skader nødvendigvis kvalifisere for utbetaling (erstatning). Vertikal Helse oppgir at antall årlige krav (målt for hele behandlingsforløp), som andel av populasjonsstørrelse, har variert mellom 16 prosent og 20 prosent. Anvender man 20 prosent som et anslag på andel meldte skader for hele bransjen så blir den gjennomsnittlige utbetalingen pr meldte skade lik 7.762 kroner (2014), 8.330 kroner (2015) og 8.807 kroner (2016).

¹⁵ I FinansNorge sin «Instruks for innrapportering til statistikk over behandlingforsikring, kritisk/alvorlig sykdom og barneforsikring» så følger det at «Bestandspremie er en sum av premien for forsikringene i bestanden på betraktningstidspunktet for den avtaleperioden som gjelder. Se web.fnh.no (fakta om personforsikringer).

¹⁶ Målt i bestandspremie var beløpene ved utløpet av 2005 ca. 123 millioner for forsikring mot kritisk sykdom mens den var på 102 millioner for behandlingforsikring. Ved utløpet av 2011 var de beløpene 379 millioner for forsikring mot kritisk sykdom mens den var 446 millioner for behandlingforsikringer (www.finansNorge.no).

¹⁷ Aarbu (2008) observerte en nedgang i gjennomsnittspremiene for de kollektive forsikringene i perioden 2003-2007. Gjennomsnittspremien falt fra i underkant av 3500 kroner (utløpet av 2003) til i overkant av 2000 kroner ved utløpet av 2007. En økning i antallet tilbydere og relativt færre nisjeaktører nevnes som årsaker.

Årlige utbetalinger (Anslått erstatning) gir et omtrentlig uttrykk for den mengden av ressurser som tilføres leverandører av helsetjenester. Dette beløpet er på 890 millioner kroner (2016) og tilsvarer omlag 0,63 prosent av driftskostnadene til spesialisthelsetjenesten og 6,3 prosent av de offentlige utgiftene til kjøp av private helsetjenester.¹⁸

Tabell 2: *Utviklingen i Norge for private behandlingforsikringer: Bestandspremie, Anslått erstatning og Meldte skader. Løpende kroner. Perioden 2014 -2016. Kilde FinansNorge.*

	2014	2015	2016
Bestandspremie (millioner kroner)	1008,1	1141,9	1221,4
Anslått erstatning (millioner kroner)	698,6	802,2	889,6
Meldte skader (antall)	200 241	241 263	247 117

Tabell 3: *Markedsandel for private behandlingforsikringer i Norge (1. kvartal 2017) fordelt over selskap. Rangert etter markedsandel som er målt ved antall forsikrede. Kilde FinansNorge.*

Kollektive avtaler		Individuelle avtaler	
Selskap	Markedsandel	Selskap	Markedsandel
<i>Codan/Vertikal Helse</i>	24,7	<i>Storebrand</i>	43,0
<i>IF Skadeforsikring</i>	19,4	<i>Codan/Vertikal Helse</i>	35,7
<i>Storebrand</i>	19,2	<i>Gjensidige</i>	12,9
<i>Gjensidige</i>	16,1	<i>Tryg</i>	4,4
<i>Tryg</i>	10,5	<i>Sparebank 1 forsikring</i>	3,6
<i>Sparebank 1 forsikring</i>	7,6		
<i>Protector Forsikring</i>	2,4		
Sum markedsandel	99,9	Sum markedsandel	99,6

Avslutningsvis ser vi på de norske selskapene som opererer i markedet for behandlingforsikringer. Tidlig på 2000-tallet var det tre sentrale markedsaktører (Vertikal Helse, Skandia og Storebrand) med en samlet markedsandel på 90 prosent. I dag er det flere aktører og

¹⁸ Driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten var i 2016 på 140 934 (mill.kr) (www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse). Offentlige helseforetak kjøpte spesialisthelsetjenester fra private for 14 milliarder i 2015 (.www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/staten-betaler-14-milliarder-for-private-spesialisttjenester).

andelene er noe jevnere fordelt.¹⁹ I Tabell 3 presenteres markeds-andelene slik de var 1. kvartal 2017, fordelt på kollektive - og individuelle avtaler, rangert etter størrelse. Det følger at i markedet for kollektive avtaler så er det syv selskaper som opererer mens bare fem av disse igjen opererer i markedet for individuelle avtaler (If Skadeforsikring og Protector tilbyr bare kollektive avtaler). De fire største selskapene i markedet for kollektive avtaler har i sum en markedsandel på 80 prosent mens de to største selskapene i markedet for individuelle avtaler har denne markedsandelen. De to viktigste aktørene ved siste årsskifte, begge markedene sett under ett, var Codan/Vertikal Helse og Storebrand, men Codan/Vertikal Helse var samlet sett større enn Storebrand gitt sin dominerende posisjon i markedet for kollektive avtaler.²⁰

3. Hvilke tjenester omfattes av private behandlingsforsikringer?

En gjennomgang av websidene for de norske selskapene viser, gitt at kravet om henvising fra fastlege er oppfylt, at det gis garantier for; (i) en første spesialistvurdering (inkludert diagnostikk) innen et spesifisert tidsrom (varierer typisk fra 5 til 14 dager), (ii) en videre behandling innen et spesifisert tidsrom (varierer fra 10 til 28 dager), samt, (iii) et tilbud om rehabilitering (gitt operasjon).²¹ Det foreligger også tilbud om behandling fra andre enn legespesialister som psykologer, fysioterapeuter, kiropraktorer og manuell terapeuter, typisk med en øvre grense på antall konsultasjoner. I tillegg tilbys tjenester, som ikke nødvendigvis tilbys av det offentlige systemet, som døgnåpne helsetelefoner og muligheten for flere spesialist-vurderinger («second opinions»)²² Man tilbyr også personlige rådgivere (gjerne utført av sykepleiere) som følger den enkelte pasient gjennom behandlingsforløpet (pasient-navigasjon) og som typisk tar ansvar for praktiske forhold i tilknytning til pasientreiser. Enkelvise selskap tilbyr også full dekning av reseptbelagte medisiner og et alternativ til egen

¹⁹ Skandia Insurance Company ble i 2009 kjøpt opp av Sparebank 1. Fra september 2017 er det inngått en partnerskapsavtale mellom If Skadeforsikring og Vertikal Helse.

²⁰ Markeds-andelene vil endre seg fremover på grunn av partnerskapet nylig inngått mellom If Skadeforsikring og Vertikal Helse.

²¹ Fra selskapenes websider foreligger det i all hovedsak informasjon som henvender seg til potensielle kjøpere av individuelle avtaler. De kollektive avtalene kan være utformet noe annerledes enn hva som fremgår fra de individuelle avtalene. For eksempel kan avtalene i større grad være tilpasset den enkelte bedrift.

²² Videre er det slik at selskapene tilbyr flere produktnivåer («forsikringspakker») som inneholder ulike behandlingsgarantier og hvor premiene vil variere med «forsikringspakkenes» innhold. Premiene vil også kunne variere avhengig av alder, helsetilstand og livsstil.

fastlege (video-konsultasjon).²³

De fleste selskapene informerer om at behandlingen vil finne sted i privat sektor og mange av dem er tilsluttet et nettverk av private behandlere. Det er videre slik at behandlingskostnadene i sin helhet finansieres av premieinnbetalingene. Et viktig unntak fra dette har vært Vertikal Helse hvor en andel av de forsikrede mottar behandling av offentlig finansierte leverandører. Dette selskapet forsøker først å finne behandlingsplass for sine forsikringstakere i det offentlige finansierte helsevesenet. I den grad det ikke er mulig innenfor egne ventetidsgarantier så utløses den private behandlingsgarantien.²⁴ Dette betyr at følgende to behandlingsforløp kan forekomme; (i) et hvor privat finansierte tjenester leveres av private tjenesteytere («et privat forløp»), og, (ii) et hvor offentlig finansierte tjenester leveres av offentlige tjenesteytere eller av private tjenesteytere med avtale («et offentlig forløp»). I mange tilfeller blir et gitt behandlingsforløp oppdelt slik at noen elementer av behandlingen leveres av private leverandører, mens andre leveres av offentlige finansierte leverandører.²⁵

En annen observasjon er at forsikringene nesten utelukkende omfatter spesialisthelsetjenester.²⁶ Det eneste unntaket gjelder for de av selskapene som tilbyr et alternativ til fastlegen som den henvisende lege. Videre så er hovedmengden av de tjenestene som ytes såkalte dupliserende tjenester men med visse innslag av komplementære – og supplerende tjenester. Eksempler på komplementære tjenester er fravær av egenbetaling og full dekning av reseptbelagte legemidler. Eksempler på supplerende tjenester er informasjons- og navigeringstjenester, adgangen til «second opinions» og alternativ til fastlege.²⁷

En sammenligning av behandlingsgarantiens lengde og ventetidene på offentlig finansierte spesialisthelsetjenester tilsier at de med private behandlingforsikringer gjennomgående har kortere ventetid på spesialisthelsetjenester enn de uten denne

²³ En grei beskrivelse av innholdet i private behandlingforsikringer er tilgjengelig fra www.smartepenger.no/personforsikring/786-behandlingsforsikring

²⁴ Dette betyr at selskapet benytter seg av de pasientrettighetene som egne kunder har. Denne praksisen har også blitt betegnet som en strategi for å utnytte ledig kapasitet i den offentlige helsesektoren.

²⁵ Hvordan man fordeler et behandlingsforløp mellom private og offentlige tilbydere sies å avhenge av både hensyn til kvalitet og oppfylling av tidsfrister. For eksempel så vil diagnostisering og radiologiske undersøkelser typisk være utført av private leverandører da ventetiden på slike offentlige tjenester vanligvis overstiger garantitiden gitt av selskapet (personlig kommunikasjon).

²⁶ Vertikal Helse har også hatt fokus på forebyggende helsearbeid og HMS men slike tjenester inngår ikke som en del av behandlingforsikringene (personlig kommunikasjon).

²⁷ I tillegg er det eksempler på at pasienter med PBF har fått dekket behandling som ikke er en del av den offentlige forsikringen. For eksempel oppgav Aleris at de i løpet av de fire første månedene av 2015 hadde gitt to pasienter behandling med en kostbar kreftmedisin som ikke var finansiert av det offentlige men av private behandlingforsikringer (supplerende privat forsikring).

(<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/11/20/privatklinikk-tilbyr-kreftmedisiner-som-har-fatt-nei/>)

forsikringen.²⁸ Det foreligger midlertidig ikke noe systematisk evidens på at de forsikrede i gjennomsnitt mottar tjenester av høyere klinisk kvalitet enn de uten.²⁹ Dette kunne i prinsippet skje ved at selskapene var selektive i sine valg av private leverandører.³⁰ Andre ubesvarte spørsmål er hvorvidt; (i) de forsikrede mottar et mer omfattende behandlingstilbud, for eksempel gjennom et høyere antall konsultasjoner, for samme behov? og, (ii) de med forsikring mottar et gitt behandlingstilbud oftere enn de uten forsikring? For eksempel så vil kortere ventetid i seg selv kunne utløse økt etterspørsel. Slike typer av effekter vil i noen grad avhenge av fastlegenes henvisningspraksis – altså hvorvidt fastlegene i gjennomsnitt opptrer ulikt for de med og de uten forsikring (ulik portvaktrolle). Anektodisk evidens peker på holdningsforskjeller mellom behandlingssøkende med og uten forsikring. Gitt at slike holdningsforskjeller er systematiske så kan det påvirke grensen for hva som utløser spesialistbehandling. Det har også vært hevdet at fastlegene gjennomgående, på grunn av forsikrings-selskapenes behov for dokumentasjon, bruker mer tid på de med forsikring enn de uten forsikring.³¹

4. Hvem har private behandlingforsikringer?

I dette kapittelet gjennomgås studier som har analysert norske data. Vi er opptatt av hvorvidt virksomheter som kjøper forsikringer og individene som omfattes av dem, skiller seg fra virksomheter og individer uten slike forsikringer. For det første er vi opptatt av om gruppene er ulike langs observerbare kjennetegn hvor hvert enkelt kjennetegn vurderes for seg (bivariate sammenheng). For det andre er vi opptatt av hvilke faktorer som øker sannsynligheten for at en gitt gruppe har denne type forsikringer når det samtidig kontrolleres for en rekke andre variable (regresjonsanalyser). De ulike analysene studerer variable både på virksomhets - og individnivå, og inkluderer demografiske-, sosioøkonomiske-, og helserelevante (inkludert livsstilvariable) variable samt variable som måler holdninger. Vi ønsker også å se på utviklingen over tid og har derfor sett på sammenlignbare studier gjennomført på ulike tidspunkt. Innledningsvis presenteres to studier hvor virksomhetene er respondenter (type I), deretter ser vi på to studier hvor individene er respondenter (type II).

²⁸ Det foreligger ingen systematiske oversikt over hvordan behandlingsgarantiene har endret seg over tid.

²⁹ I følge en survey utført blant 1004 norske virksomheter i 2005 så mener to av tre at det ikke er kvalitetsmessig forskjell på det medisinske tilbudet som tilbys av offentlige - og private tilbydere Seim (2008).

³⁰ Vertikal Helse oppgir å ha vært svært selektive i valg av sine private leverandører samt ha praktisert et system med kontinuerlig kvalitetsovervåking (personlig kommunikasjon).

³¹ www.dagensmedisin.no/artikler/2017/05/07/-forsikringsbransjen-driver-parasitt-virksomhet-overfor-legene.

Type I studiene anvender data fra 2005 og 2015, mens Type II studiene anvender data fra 2008 og 2012.

Tabell 5: Variable som i empiriske studier gjennomgående tenderer til å være betydningsfulle når det gjelder å skille individer/foretak med PBF fra de som er uten PBF.	
<u>Bivariat statistikk</u>	<u>Regresjonsanalyser</u>
Privat sektor/visse næringer	Privat sektor/visse næringer
Andelen menn	Andelen menn
Høyere antall ansatte	Høyere antall ansatte
Ha lederstilling	Ha lederstilling
Høyere inntektsnivå	Høyere inntektsnivå
Alder og utdanning	

Hovedinntrykket fra gjennomgangen som følger er oppsummert i tabell 5. Tabellen lister opp ulike variable, som på tvers av flere empiriske studier, gjennomgående synes å være betydningsfulle i å skille mellom de forsikringer fra de uten forsikringer. I regresjonsanalysene, når det kontrolleres for ulike næringer, så svekkes effektene for noen av de inkluderte variablene (menn, høyere inntekt, lederstilling) mens andre tenderer til å bli ikke-signifikante (alder og utdanning). Det partielle bidraget fra flere av de samme variablene synes også å svekkes noe over tid.

Type I studiene omfatter Seim m. fl. (2007) og Aleksandersen m. fl. (2017). Begge studiene utfører spørreundersøkelser blant et utvalg av norske virksomheter med to eller flere ansatte (private og offentlige). Avstanden i tid mellom observasjonene er 10 år (2005 og 2015) og antall individer med kollektive forsikringer økte i denne perioden med 410 000 (se tabell 2). Spørreskjemaene anvendt i de to studiene var identiske. I Seim m. fl. (2007) var utvalget på 2500 virksomheter med gyldige svar fra 1004 (svarandel på 43 prosent). I Aleksandersen m.fl. (2017) var utvalget på 4400 virksomheter med gyldige svar fra 1234 (svarandel på 28 prosent).

Seim m. fl. (2007) presenterer ingen bivariat statistikk – altså statistikk som sammenligner virksomheter med og uten forsikring langs en dimensjon (variable) ad gangen, men finner at 11 prosent av virksomhetene hadde forsikring (kollektive per definisjon) i 2005. 36 prosent av disse virksomhetene oppgav å ha avtaler som omfattet alle ansatte, mens 60 prosent av disse hadde selektive avtaler (kun for et utvalg av ansatte), og av disse igjen

oppgav et klart flertall at de forsikret nøkkelpersonell og ledere. Fra Aleksandersen m.fl. (2017) følger det at 33 prosent av virksomhetene hadde kollektive avtaler i 2015 og at 70 prosent av disse omfattet alle ansatte, mens de resterende (30 prosent) hadde selektive avtaler.

Når det gjelder bivariat statistikk i Aleksandersen m.fl. (2017) så følger det at virksomhetene med kollektive avtaler i 2015 skilte seg i gjennomsnitt fra virksomheter uten slike avtaler ved å ha; (i) en høyere andel menn (70 prosent versus 61 prosent), (ii) noe lavere andel ansatte over 55 år (23 prosent versus 27 prosent), (iii) en noe høyere andel ansatte med høyere utdanning (svak effekt), og, (iv) et høyere økonomisk resultat pr. ansatt. Videre var følgende næringer overrepresentert blant de med kollektive avtaler; Jord- og skogbruk, Bergverksdrift og utvinning, Bygg og anleggsvirksomhet og Finansiell tjenesteyting.

Aleksandersen m.fl. (2017) sammenligner også sine resultater med resultatene fra Seim m.fl. (2007) og finner en sterk økning (fra 2005 til 2015) i andelen av virksomheter med kollektive forsikringer i alle næringene i privat sektor. Næringer som Fiske, Bergverksdrift og utvinning og Kraft og vannforsyning var de næringene som hadde økt sine andeler mest i denne perioden. De finner videre at de tre næringene med den høyeste andelen av virksomheter med kollektiv forsikring i 2015 var (i) Bergverksdrift og utvinning (80 prosent), (ii) Fiske (63 prosent), og, (iii) Jordbruk og skogbruk (56 prosent).

Når det gjelder regresjonsanalysene på data fra 2005 (Seim et al., 2007) så finner man at sannsynligheten for at virksomhetene hadde en kollektiv forsikring økte med; (i) andelen menn, (ii) andelen yngre arbeidstakere (under 30 år), (iii) andelen med høy utdanning, (iv) virksomhetenes økonomiske resultat, og, (v) antall ansatte i virksomheten. Man finner videre at sannsynligheten var høyest for virksomheter i næringer med en antatt høyere yrkesrisiko (Jord- og skogbruk; Bergverksdrift og utvinning og Bygg- og anlegg virksomhet). Fra regresjonsanalysene på data fra 2015 (Aleksandersen m. fl. 2017) så følger det sannsynligheten økte med; (i) andelen eldre arbeidstakere (over 55 år), (ii) andelen menn, (iii) antall ansatte (mer enn fire ansatte), og, (iv) et synkende sykefravær på næringsnivå.

I det følgende kommenterer vi type-II studiene, altså studier hvor individer er respondenter. I denne kategorien finnes følgende to studier; Grepperud og Iversen (2011) og Øvrebotten (2016). Begge studiene baserer seg på Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelser hvor man intervjuer et utvalg på 10 000 personer over 15 år. Grepperud og Iversen (2011) baserer seg på data fra 2008, mens Øvrebotten (2016) anvender data både fra 2008 og 2012. Definisjonen av næringene avviker noe mellom studiene. Øvrebotten (2016)

opererer med et større antall næringer og studiene har ulike referanse kategorier. I tillegg operasjonaliseres variablene utdanning og inntekt ulikt. Svarprosenten i Levekårsundersøkelsen fra 2008 var på 66,8 prosent mens den for 2012 var på 58 prosent. Antall respondenter i Grepperud og Iversen (2011) var 3 989, mens i Øvrebotten (2016) var de henholdsvis på 3 972 (2008) og 3 320 (2012). Fra utløpet av 2008 til utløpet av 2012 så økte antall forsikrede med vel 190000 (se tabell 2).

Vedrørende bivariat statistikk så sammenligner Grepperud og Iversen (2011) gruppen med forsikring med to andre grupper; de yrkesaktive uten forsikring og alle over 15 år uten forsikring. Når man sammenligner med den første referansegruppen (de yrkesaktive uten forsikring), så finner man at de forsikrede i gjennomsnitt utgjør en høyere andel menn (69 prosent versus 49 prosent), en høyere andel i lederstilling (44 prosent mot 28 prosent), og en høyere median bruttoinntekt (men også lengre arbeidstid). Videre arbeider langt flere i privat sektor (94 prosent versus 6 prosent).³² Når det gjelder næringer så var de forsikrede overrepresentert i Bergverksdrift og oljeutvinning, Industri, Kraft og vannforsyning, og i Finansiell tjenesteyting, mens de var klart underrepresentert i Offentlig administrasjon, Helse og Undervisning. For helsevariabler (egenvurdert helsetilstand, antall legekontakter siste år, og andelen innlagt på sykehus siste år) var det små forskjeller, men egenvurdert helse ble vurdert noe høyere av de med forsikring. For livstilvariablene (røyking, trening og kosthold) var det ingen forskjeller mellom gruppene.

Når man sammenligner de med forsikring med den andre referansegruppen (alle over 15 år), så øker forskjellene målt ved bruttoinntekt og alder får noe betydning.³³ Ser vi på helsevariablene så er det nå en forskjell i favør av de med forsikring, mens det for livstilvariablene sett under ett fortsatt ikke observeres noe avvik. I sum viser resultatene at forskjellene mellom de forsikrede og de ikke-forsikrede øker, både målt ved gjennomsnittsalder, median bruttoinntekt og for egenvurdert helse,³⁴ når vi sammenligner med alle over 15 år uten forsikring heller enn yrkesaktive uten forsikring.

³² I 2015 hadde 814 000 personer i Norge sin hovedjobb i statlig, kommunal og fylkeskommunal forvaltning (offentlig forvaltning) noe som representerte 31,5 prosent av alle sysselsatte i Norge. I overkant av 1,77 millioner sysselsatte jobbet i privat sektor (inkludert offentlige foretak) (68,5%). <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/regsyst/aar/2016-05-27>

³³ Andelen med høyere utdanning er tilnærmet lik for de med forsikring og alle over 15 år uten forsikring.

³⁴ Respondentene ble bedt om definere sin egen helsetilstand langs på en skala fra «meget god helse» til meget dårlig helse». Andelen som vurderte sin egen helse til å være i de laveste kategoriene (verken god eller dårlig helse, dårlig helse og meget dårlig helse) var som følger; 7 prosent (yrkesaktive med forsikring), 12 prosent (yrkesaktive uten forsikring) og 20 prosent (alle uten forsikring).

Når det gjelder bivariat statistikk i Øvrebotten (2016) så sammenlignes kun de forsikrede med yrkesaktive uten forsikring (bivariate sammenhenger). Resultatene som følger (basert på data fra 2008) samsvarer med dem identifisert av Grepperud og Iversen (2011). Den avvikende operasjonaliseringen av utdanning og inntekt mellom de to studiene gir noe tilleggsinformasjon. De forsikrede har en lavere andel i den laveste utdanningsgruppen (lavere utdanning enn videregående) og en høyere andel i den mellomste utdanningsgruppen (videregående utdanning). Når det gjelder inntekt finner man at de forsikrede har lavere andeler i de to laveste inntektskvartilene og en høyere andel i den høyeste inntektskvartilen.

Øvrebotten (2016) observerer visse endringer fra 2008 til 2012. De bivariate sammenhengene viser at fordelingen endres noe for utdanningsgruppene da forskjellen mellom de laveste utdanningskategoriene er blitt redusert. For det andre endres fordelingen i inntekt noe i favør av en større andel i den høyeste inntektskvartilen. For helsevariablene så bedret den egenvurderte helsen seg noe, mens andelen med kronisk sykdom ble redusert. Når det gjelder næringer, så var Industri og Finansiell tjenesteyting relativt mindre viktige, mens Fiske og Skogbruk og Transport økte sin betydning. Hvis vi ser på endringene i avviket mellom forsikrede og ikke-forsikrede yrkesaktive i løpet av samme periode, så blir forskjellene noe redusert for den laveste utdanningsgruppen (lavere utdanning enn videregående), mens den økte for den høyeste utdanningsgruppen (mer enn videregående). Videre har avviket i «andelen med en ledende stilling» blitt mye redusert. Avviket i median bruttoinntekt har vært stabilt; median bruttoinntekt for ikke-forsikrede utgjorde både i 2008 og i 2012 om lag 80 prosent av bruttoinntekten for de med forsikring. Det var relativt store forskjeller med hensyn til hvordan gruppene fordeler seg innenfor de ulike inntektskvartilene. Avviket ble noe redusert for den laveste inntektskvartilen mens det økte for den høyeste inntektskvartilen. For helsevariablene så var det en svak tendens til et økende avvik i egenvurdert helse i favør av de forsikrede.

I det følgende sammenlignes regresjonsanalysene for type-II studiene. Grepperud og Iversen (2011) på data fra 2008 finner at sannsynligheten for å ha en kollektiv forsikring øker med; (i) andelen menn (ii) en økende andel av ansatte i aldersgruppen 25-44 år, (iii) lavere utdanning, (iv) høyere bruttoinntekt, og, (v) å inneha en ledende stilling. Helsevariablene har svake effekter. Når man kontrollerer for næringer så svekkes effektene av andre variable, og kjønn og utdanning blir ikke-signifikant. Øvrebotten (2016) finner, basert på data fra 2008, i hovedsak de samme resultatene som Grepperud og Iversen (2011), men utdanningsnivå synes noe mindre viktig. Når det gjelder styrken på næringsvariablene så avviker de noe mellom

studiene, for eksempel så er finanssektoren fortsatt signifikant hos Øvrebotten (2016) men sektoren har mindre betydning enn hva man finner hos Grepperud og Iversen (2011).

Regresjonsresultatene basert på 2012 data introduserer noen nye funn sammenlignet med de samme analysene basert på 2008 data. For det første så svekkes den positive effekten av inntekt. For det andre finner man nå at utdanningsnivå reduserer sannsynligheten for å ha forsikring men denne effekten opphører når man kontrollerer for næring. Den positive effekten av å inneha en lederstilling opphører når man kontrollerer for næring og effekten fra egenvurdert helse blir signifikant.

Det finnes også andre studier som gjennomfører analyser på norske data. Et eksempel er Aarbu (2008 og 2010) som anvender individuelle surveydata for aldersgruppen 30-55 år samlet inn av et større forsikringsselskap i 2004. Denne studien finner at sannsynligheten for å ha en kollektiv forsikring påvirkes positivt av (i) ventelistenes lengde, (ii) høyere inntekt, og (iii) at man røyker. Man finner videre at sannsynligheten øker med andelen menn og det å være yngre.³⁵ Det finnes to analyser som ser på forsikringenes effekt på sykefravær. Askildsen m. fl. (2006) analyserer to kommuner, som over en treårsperiode kjøpte forsikring for alle sine innbyggere, men finner ingen effekt i form av redusert sykefravær. Hem (2008) finner at sykefraværet i virksomheter som tegner forsikring utvikler seg på samme måte som i andre virksomheter. Det er imidlertid visse metodiske problemer knyttet til begge studiene så resultatene kan ikke tillegges særlig vekt.³⁶

Studiene som kommenteres i dette kapittelet analyserer data med et 10-års mellomrom (2005 - 2015) hvor antallet med privat forsikring økte kraftig. Denne økningen har hatt som konsekvens at den relative betydningen av næringene i privat sektor har endret seg. Videre observeres det visse endringer når det gjelder betydningen av demografiske variable (kjønn, alder), sosio-økonomiske variable (lederstilling, utdanning, bruttoinntekt), helse-variable og andre variable (resultat, størrelse og risiko), men hovedinntrykket av å se studiene i

³⁵ Det foreligger en norsk studie som ser på faktorer som påvirker sannsynligheten for kjøp av individuelle forsikringer. Studien baserer seg på en datainnsamling utført i 2014 i regi av Landsforeningen for Hjerte og Lungesyke (Helsebarometeret 2015) og som inkluderte et utvalg på 7500 personer (Dalslåen, 2016). Antallet med individuelle forsikringer i utvalget avviker i betydelig grad fra det antallet som følger av tall fra FinansNorge, følgelig kan ikke resultatene tillegges særlig vekt.

³⁶ Det er forøvrig interessant at evalueringer av prosjektet «Raskere tilbake» ikke finner tydelige effekter på redusert sykefravær (Aas m. fl., 2011).

sammenheng er allikevel hvor stabile resultatene er på tross av veksten i antall forsikrede og næringenes endrede relative betydning.³⁷

Fra de bivarierte sammenhengene så er hovedkonklusjonene at andelen menn, andelen med ledende stillinger, sektortilhørighet, og median bruttoinntekt alle er kjennetegn som i stor grad skiller de forsikrede fra de uten forsikring.^{38 39} Når vi analyserer flere variable samtidig for å identifisere eventuelle partielle bidrag på sannsynligheten for å ha slike forsikringer så er andelen menn, yngre middelaldrende og høyere inntekt viktig, men bidragene fra disse variablene reduseres gjennomgående når man kontrollerer for næringer. Når det gjelder utviklingen over tid så indikerer resultatene at det partielle bidraget fra de samme variablene har blitt noe svekket.

5. Motivene for kjøp av private behandlingsforsikringer

Vi starter dette kapitlet med en generell diskusjon av faktorer som kan forventes å påvirke beslutningene om kjøp av behandlingsforsikringer. Det er tre typer av aktører som har innflytelse på slike beslutninger. For individuelle avtaler så er det husholdningene som tar kjøpsbeslutningen og som betaler premien. For kollektive avtaler så er det virksomhetene som foretar kjøpsbeslutningen og som betaler premien, men denne beslutningen har direkte konsekvenser for de av virksomhetenes ansatte som omfattes av avtalen ved; (i) at de får tilgang til raskere behandling ved sykdom, og, (ii) at deres skattbare inntekt øker (fordelsbeskatning).

Økonomisk teori tilsier at etterspørselen etter helseforsikringer er en konsekvens av usikkerhet (risiko) knyttet til fremtidige behandlingsutgifter – altså at man ønsker å avgi et sikkert mindre årlig beløp (premien) i bytte mot reduserte behandlingsutgifter gitt at sykdom inntreffer. Dette motivet synes imidlertid ikke å være sentralt for etterspørselen etter private behandlingsforsikringer i Norge fordi den offentlige helseforsikringen allerede gir denne type av beskyttelse både for arbeidstakere og husholdninger. Videre er det slik at arbeidsgivere ikke bærer noe direkte økonomisk ansvar for sine arbeidstakers behandlingsutgifter.

³⁷ For eksempel har Fiske, Kraft og vannforsyning og Transport blitt relativt viktigere mens sektorer som Helse – og sosialtjenester, Undervisning og Finansiell tjenesteyting har blitt relativt sett mindre viktige.

³⁸ Når det gjelder bosted så foreligger det ikke noe informasjon, men da norske virksomheter ikke er tilfeldig fordelt så forventes det en overrepresentasjon av individer med kollektive avtaler i de største byene og i fylker som Oslo, Akershus, Rogaland, Hordaland og Trøndelag (Sør).

³⁹ Det er små forskjeller i gjennomsnittsalder men en tendens til at middelaldrende (mellom 30 og 55 år) er overrepresentert blant de forsikrede.

En alternativ forklaring på etterspørselen etter slike forsikringer vil være behovet for å sikre seg mot usikkerhet knyttet til fremtidige inntektstap som følger av sykdom. Altså at raskere adgang til spesialistbehandling og høyere kvalitet på slik behandling reduserer risikoen knyttet til inntektsbortfall (kostnadsøkninger). For virksomhetene, så vil de ansattes sykefravær representere en inntekstrisiko via (i) utbetaling av sykepenger, og, (ii) produksjonstap knyttet til sykefravær. Begge risikoene er imidlertid i en norsk sammenheng relativt begrensede. Virksomhetenes ansvar for sykepenger er begrenset gjennom sykelønnsordningen (inntil 16 kalenderdager) og risikoen for eventuelle produksjonstap er begrenset gjennom muligheten for overtidsbruk og bruk av vikarer. Når vi ser på inntektsrisiko forbundet med sykdom for arbeidstakerne (og husholdninger), så sørger sykelønnsordningen for denne type av risiko er fraværende det første kalenderåret etter at sykdom har inntruffet.

Diskusjonen over tilsier altså at risikoen knyttet til sykdom er begrenset både når det gjelder behandlingsutgifter og inntektsbortfall. Dette betyr at eventuelle gevinster av helseforsikringer i en norsk kontekst synes å være gjennomgående lave. Et mulig unntak er for nøkkelpersonell og for små bedrifter. Et annet unntak er selvstendige næringsdrivende. Denne gruppen har gjennomgående svakere sykelønnsrettigheter samtidig som det kan være vanskelig å finne vikarer med riktig kompetanse. Disse gruppene kan altså ha en betydelig inntektsrisiko forbundet med sykdom og dermed høye gevinster av helseforsikringer. Videre så er det grunn til å tro at virksomheter med høy lønnsomhet per ansatt og høy yrkesrisiko vil kunne ha høyere nytte av slike forsikringer enn andre virksomheter.

Litteraturen nevner også motiv som hensyn til rekruttering og ønske om lav «turn-over». Dette er motiv som følger av virksomhetenes ønske om å tiltrekke seg arbeidskraft av høy kvalitet og beholde denne over tid. Slike motiv er særlig relevante for virksomheter som er eksponert for sterk konkurranse i arbeidsmarkedet og/eller virksomheter som sliter med høy «turn-over». Suksessen til slike strategier vil være kritisk avhengig av at de ansatte i virksomhetene verdsetter de samme forsikringene. Et annet motiv som nevnes er «profilering» – altså at virksomhetene bruker forsikringene som et virkemiddel for å etablere et godt «rykte». Ved kjøp av kollektive forsikringer sendes et signal til ulike interessenter (kundegrupper og forretningsforbindelser) som igjen skal gi gevinster på sikt. Det er videre slik at motivene ikke trenger å følge av lønnsomhetsvurderinger men kan også være et resultat av en reell omsorg for egne ansatte. Det har også blitt hevdet at virksomheter (og deres ansatte) har feilaktige oppfatninger om hva gevinstene av behandlingsforsikringene faktisk er.

I den grad slike misoppfatninger er reelle så vil man forvente oppsigelser av kontrakter for de med erfaringer som ikke samsvarte med ens forventninger.⁴⁰

I tillegg til eventuelle gevinster så vil også kostnadene ved å tegne forsikringer kunne ha betydning for etterspørselen. Premiene vil typisk variere avhengig av risiko – altså at premiene bestemmes på grunnlag av risikovurderinger for den enkelte virksomhet eller husholdning. I tillegg er det slik at den «effektive premien» (premie og skatt) vil variere over virksomheter, ansatte og husholdninger. Husholdningene har gjerne de høyeste effektive premiene for samme dekningsgrad. Premiene for virksomhetene (per ansatt) blir gjerne lavere på grunn av kvantumsrabatter som utløses av gruppeavtaler og fordi behandlingsforsikringer som inngår i en større forsikringspakke.⁴¹ Arbeidstakerne i virksomhetene har de laveste «effektive premiene» da de kun er ansvarlig for skattefordelen knyttet til forsikringene. Dette tilsier at, for samme avtale, så fører variasjonen i «effektive premier» til at ansatte i virksomhetene blir den gruppen som i størst grad vil etterspørre private forsikringer.

Når det gjelder studier på norske data som analyserer betydningen av ulike forsikringsmotiv så er det to tilnærminger. I den første forsøker man å identifisere ulike motiv ved bruk av intervju og spørreskjema (hypotetiske), mens i den andre så transformeres svarene på slike spørsmål til variable som igjen anvendes i statistiske analyser. Den første tilnærmingen anvendes av Seim (2008) og Hem (2009), mens den andre tilnærmingen er valgt av Seim m. fl. (2007) og Aleksandersen m. fl. (2017). Alle studiene ser på kollektive avtaler.

Seim (2008) baserer seg på surveysvar fra 2005 for 1 004 virksomheter hvor 113 hadde kollektive forsikringer. Respondentene ble bedt om å avklare sin grad av enighet til seks ulike motiv for å ha forsikring (langs en skala fra helt enig til helt uenig). 51 prosent av respondentene var helt eller delvis enige i at «forsikringene bidrar til at virksomheten fremstår som moderne og ansvarlig med attraktiv profil». 47 prosent var helt eller delvis enige i at «forsikringene bidrar til at virksomheten unngår unødvendig sykefravær blant ansatte som er nøkkelpersoner». 42 prosent var helt enig eller delvis enig i at «forsikringene bidrar til at virksomheten kan konkurrere om, rekruttere og holde på den mest attraktive arbeidskraften».

Hem (2009) intervjuet i 2009 15 medlemsbedrifter i NHO som hadde behandlingsforsikringer. Hovedinntrykket fra disse intervjuene var at respondentene i høy grad tok helse-, miljø- og sikkerhetsspørsmål på alvor, og at de i det store og hele var fornøyd

⁴⁰ I følge Vertikal Helse så blir mer enn 95 prosent av kontraktene fornyet årlig (<https://vertikalhelse.no/bedrift/aktuelt/vertikal-helseforsikring-reduserer-sykefraver>)

⁴¹ Det er vanlig å markedsføre og selge ulike typer av forsikringer som en «pakke-løsning».

med produktet. De intervjuede presiserte også at de ansatte så på slike forsikringer som et gode og at ledelsen brukte dem som et ledd i rekrutteringen. Den samme studien gjennomførte også en survey-undersøkelse blant 1 499 av NHO sine medlemsbedrifter (med en svarprosent på 19 prosent). Respondentene fra disse virksomhetene ble forelagt ni ulike forsikringsmotiv og bedt om å vurdere hvert enkelt av dem langs en skala (fra helt enig til helt uenig). Rangert etter grad av enighet var de tre viktigste motivene; (i) tilgang til helsetjenester på en raskere måte (95 prosent var helt enig eller delvis enig), (ii) hensynet til de ansatte som blir syke (nærmere 90 prosent var helt enig eller delvis enig), og, (iii) tiltak for å redusere sykefraværet (85 prosent var helt enig eller delvis enig).

Seim m.fl. (2007), i sin analyse på data fra 2005, inkluderte de følgende to holdningsvariablene i sine regresjonsanalyser; (i) virksomheter som har bekreftet at de ansatte hadde ytret ønske overfor arbeidsgiver om å anskaffe forsikring («press»), og, (ii) ledelsens vurdering av betydningen av forsikringen i rekrutteringssammenheng. Fra regresjonsanalysene følger det at sannsynligheten for kjøp av forsikringer økte positivt med en høyere verdi på begge holdningsvariablene. De samme to variablene ble inkludert i studien utført av Aleksandersen m. fl. (2017) på data fra 2015. Her finner man fortsatt at disse to variablene er positive og signifikante. Begge studiene vurderer effekten av «press» fra de ansatte å være sterkere enn «rekrutteringshensyn».

Når det gjelder variable som er direkte koblet til inntektsrisiko, så finner Seim m. fl. (2007) at; (i) virksomhetenes økonomiske resultat pr ansatt (betalingsevne) er signifikant positiv, (ii) oppfatninger om større økonomiske tap ved sykefravær er signifikant positiv, og, (iii) at sannsynligheten for kjøp av forsikringer er høyest for næringene som har den høyeste ulykkes-risikoen. Aleksandersen m. fl. (2017) finner imidlertid ingen effekt fra virksomhetenes økonomiske resultat per ansatt. Denne studien anvender også en variabel som måler sykefravær i den enkelte næring og finner at sannsynligheten for å ha en forsikring reduseres med økt risiko (med økende sykefravær på næringsnivå).⁴²

Flere studier bekrefter at virksomhetenes størrelse spiller en rolle. Seim m.fl. (2007) finner at økende bedriftsstørrelse i noen grad øker sannsynligheten for å ha forsikring. Aleksandersen m.fl. (2017) finner at sannsynligheten for å ha en forsikring er størst for virksomheter med mer enn fire ansatte. Grepperud og Iversen (2011) finner, når de ser på

⁴² Dette er et interessant funn. En mulig forklaring kan være at premiene reflekterer variasjon i risiko på næringsnivå og virksomhetsnivå. Videre så er det visse kausalitetsproblemer knyttet til dette funnet da behandlingsforsikringer i seg selv vil kunne påvirke risiko.

andelen av selvstendige næringsdrivende, at andelen overraskende nok er lavere for de yrkesaktive med forsikring enn for de yrkesaktive uten forsikring.

De empiriske resultatene tilsier at motiv knyttet til redusert inntektsrisiko (via kortere ventetid) ikke finner entydig støtte da variable som størrelse og andelen selvstendig næringsdrivende ikke trekker i forventet retning. Det foreligger heller ingen klar sammenheng mellom næringsrisiko (yrkesrisiko) og etterspørselen etter forsikringer. En mulig forklaring på dette kan være at premiene gjennomgående er risikojusterte. Videre er det slik at forventninger om lavere ventetid (raskere adgang til behandling) synes å være viktigere enn forventninger til bedre kvalitative tjenester. Alle resultatene sett i sammenheng, kan tyde på at den bakenforliggende faktoren er de ansattes høye verdsetting av forsikringene.⁴³ Dette kombinert med en lav «effektiv premie» for den samme gruppen, vil i sum kunne utløse en høy etterspørsel. Dette får to konsekvenser; (i) de ansatte i den enkelte virksomhet vil påvirke virksomhetene til å kjøpe slike forsikringer («press» og overtalelse), og, (ii) virksomhetene forstår, i lys av de ansattes verdsetting, at slike forsikringer vil være effektive i rekrutteringsøyemed. Fra Seim m.fl. (2007) og Aleksandersen m.fl. (2017), følger det at det første motivet («press») virker sterkere enn det sistnevnte motivet.⁴⁴

6. Samfunnsmessige konsekvenser av marked for private behandlingforsikringer.

I dette kapittelet ser vi på mulige samfunnsmessige konsekvenser av et marked for private forsikringer. Vi ser på effekter både på effektivitet og fordeling, og de ulike effektene presenteres som argument i favør og ufavør av et privat forsikringsmarked.⁴⁵ Et samfunnsmessig perspektiv betyr at vi er opptatt av effekter utover de som direkte vedrører de med slike forsikringer. Før gjennomgangen er det imidlertid greit å presisere at etableringen av et privat behandlingforsikringsmarked, under rimelige betingelser, vil medføre at en større andel av samfunnets ressurser (innsatsfaktorer) kanaliseres til produksjon av helsetjenester. Altså at ressurser, som hovedsak ville gått til andre formål, i stedet går til konsum av helsetjenester. Betingelsene for dette er at behandlingen av de privat forsikrede ikke kun skjer

⁴³ Det finnes ikke empiri vedrørende de ansattes verdsetting av PBF og i hvilken grad de bygger på realistiske antakelser om fordelene. Det er imidlertid betydelige informasjonsproblemer i forsikringsmarkeder og mange studier bekrefter at mange individ finner det problematisk å forholde seg til risiko.

⁴⁴ I litteraturen finnes det også forslag til andre motiv utover de som er nevnt i dette kapittelet. Noen eksempler er (i) «out-sourcing» av bedrifts-helsetjenester, og (ii) forebyggingshensyn.

⁴⁵ De ulike argumentene presenteres uten medfølgende referanser da det er vanskelig å knytte det enkelte argumentet til en spesifikk publikasjon. Presentasjonen kan mer betraktes som en klassifisering av ulike argumenter som har vært nevnt i debatten om private behandlingforsikringer.

i utlandet, og, at oppbyggingen av kapasitet i privat sektor ikke i sin helhet fortrengrer kapasitet i offentlig sektor.^{46 47}

6.1. ARGUMENTER I FAVØR AV ET PRIVAT MARKED FOR BEHANDLINGSFORSIKRINGER.

(a) Styrking av den offentlige finansieringen: I følge dette argumentet så bidrar de som kjøper en privat helseforsikring til en overføring av finansielle ressurser til offentlig sektor. Dette skjer fordi kollektive forsikringer utløser arbeidsgiveravgift for virksomhetene og fordelsbeskatning for arbeidstakere.⁴⁸ Det er videre slik at de med privat forsikring bidrar til finansiering av offentlige utgifter generelt, og offentlige helseutgifter spesielt, gjennom skatter og avgifter. Da de forsikrede både betaler premier og skatt så kan de betraktes som «dobbelbetalende» eller som en gruppe som «subsidiere» de som konsumerer offentlig finansierte helsetjenester.⁴⁹

b) Avlastning av den offentlig helsesektoren: Dette argumentet er forbundet med argumentet ovenfor. Poenget er at hvis de med private forsikringer forbruker private helsetjenester, og ikke offentlig finansierte helsetjenester, så vil dette bety at de forsikrede avlastet det offentlige systemet. Eller sagt på en annen måte, de med private forsikringer forbruker færre offentlig helsetjenester noe som igjen frigjør ressurser til bruk på andre pasientgrupper. En konsekvens av dette vil da være, alt annet konstant, at ventetidene i offentlig sektor vil reduseres.

c) Produktivitetsgevinster og helsegevinster som følge av redusert ventetid: De private forsikringsselskapene tilbyr garanterte ventetider som er lavere enn ventetiden på offentlige finansierte tjenester. Disse garantiene skulle bety at gruppen med forsikrede får et kortere sykefravær sammenlignet med en situasjon hvor de var uten forsikring. Dette igjen gir samfunnsmessige gevinster fordi de forsikredes helseforbedringer skjer tidligere og fordi

⁴⁶ En mulig effekt kunne være at den offentlige finansieringen av helsetjenester ble påvirket av omfanget av de private behandlingsforsikringene.

⁴⁷ Et omtrentlig mål på økningen i konsumet av helsetjenester vil kunne være størrelsen på de årlige erstatningsutbetalingene («claims»). For 2016 var dette beløpet for private behandlingsforsikringer på 890 millioner kroner (se kapittel 2). Erstatningene vil også inkludere utgifter til reise, overnatting og ledsagere men slike utgifter kan også vurderes som nødvendige utgifter i forbindelse med helsetjenester

⁴⁸ Samtidig er det slik at i fravær av kjøp av forsikringer så vil disse utgiftene anvendt på annet forbruk også generere offentlige inntekter.

⁴⁹ I tillegg til å spre risiko så har offentlig helseforsikring en omfordelende funksjon i den forstand at de med høy inntekt (og lav sykkelighet) betaler inn mer enn det de selv forbruker.

reduert sykefravær øker samfunnets verdiskapning. Et kortere sykefravær vil også kunne redusere utgiftene til sykelønn som betales av offentlig sektor og av virksomhetene selv.

d) Mer effektiv kø-forvaltning: Dette argumentet tar utgangspunkt i premisset om at køene i den offentlige helsesektoren ikke er effektivt nok forvaltet. Med dette menes at sektoren har et forbedringspotensiale som kan realiseres ved en bedre fordeling av køene over tilbydere og gjennom tiltak som reduserer antall strykninger. I den grad private aktører klarer å utnytte en slik restkapasitet i offentlige sektor, så realiseres en gevinst i den forstand at gjennomsnittlig ventetid for de som benytter seg av de offentlige tjenestene ikke øker samtidig som denne sektoren utfører flere behandlinger.

e) Økt konkurranse: Dette argument ble i sin tid anvendt som forsvar for innføringen av skattefritaket for behandlingsforsikringer betalt av arbeidsgiver (Bondevik II-regjeringen i 2003). Det er flere mulige tolkninger av hva som ligger i dette argumentet. En mulighet er at økt valgfrihet (både mellom forsikringsselskaper og mellom tilbydere av helsetjenester) overfører makt til etterspørselssiden, og derigjennom gjør aktørene på tilbudssiden mer lydhøre for brukernes behov («et nyttig korrektiv»). En annen tolkning er at økt konkurranse har læringseffekter – altså at økt mangfold gir informasjon om mer effektive måter å organisere tjenestetilbudet på, noe som igjen vil gagne alle fremtidige brukere av slike tjenester.

6.2. ARGUMENTER I DISFAVØR AV ET PRIVAT MARKED FOR BEHANDLINGS-FORSIKRINGER.

i) Tap av helsepersonell i offentlig sektor: I den grad et privat forsikringsmarked stimulerer til økt aktivitet i privat sektor så vil dette kunne redusere kvalitet og omfang på de tjenestene som leveres av den offentlige helsesektoren. Dette vil kunne skje ved at privat sektor, på grunn av større lønnsmessig fleksibilitet, tiltrekker seg helsearbeidere ansatt i offentlig sektor (for eksempel nøkkelpersonell og andre). En slik «lekkasje» vil på kort sikt øke kapasitet og kvalitet i den «importerende sektoren» på bekostning av kapasitet og kvalitet i den «eksporterende sektoren». I den grad tilgangen på ny arbeidskraft er begrenset i økonomien, så vil slike effekter kunne vedvare over tid.

ii) Styrking av privat eierskap: Et privat forsikringsmarked stimulerer til fremveksten av en privat sektor. En slik stimulering kan vurderes som lite ønskelig gitt at man har preferanser

for offentlig eierskap. En annen begrunnelse følger fordi private aktører kan ta ut utbytte, noe som kan ha som konsekvens at færre ressurser stilles til rådighet for produksjon av helsetjenester.

(iii) Beslaglegging av ressurser i det offentlige helsevesenet: Dette argumentet er opptatt av de ressursene som de forsikrede forbruker i den offentlige helsesektoren. Dette vil inntreffe når forsikringsselskapene oppfyller sine behandlingssgarantier ved å allokere sine forsikringstakere til «et offentlig forløp». Et annet eksempel er offentlig finansierte fastleger som i egenskap av sin portvakttrolle har henvisningsansvaret både for de med og uten forsikring. Videre så hevdes det at fastlegene bruker (for mye) tid på å etterkomme forsikringsselskapenes krav til dokumentasjon. Det forekommer også at noen forsikrede, som har startet et «privat forløp», av ulike årsaker har blitt tilbakeført til «et offentlig forløp».

iv) Ulikhet i tilgangen til helsetjenester: En sentral kritikk av private behandlingssforsikringer har vært at de bidrar til et «to-delt» helsevesen og til å øke ulikheten i adgangen til helsetjenester. Det har vært argumentert for at det fortrinnsvis er de rikeste og friskeste som får tilbud om raskere behandling (og eventuelt en bedre behandling) gjennom slike forsikringer. Altså vil disse forsikringene i praksis favorisere en gruppe individer som, langs visse dimensjoner som inntekt (betalingsevne) og helse, avviker fra individer som ikke har den samme forsikringen.

De ulike argumentene representerer mulige effekter av eksistensen av et privat behandlingssforsikringsmarked.⁵⁰ Noen av argumentene er opptatt av effektivitetshensyn, altså av verdiskapning i forhold til ressursbruk mens andre berører fordelingsmessige forhold. Hovedintensjonen med gjennomgangen har vært å illustrere at konsekvensene av slike marked er mange, komplekse og usikre. Videre er det slik at det ofte, men ikke alltid, kan være et motsetningsforhold mellom effektivitets - og fordelingshensyn.

7. Private behandlingssforsikringer og lik adgang til helsetjenester

Fremveksten av markedet for private helseforsikringer i Norge har fått en del mediaoppmerksomhet og vært gjenstand for diskusjoner i offentlige – og private rom. Begreper som

⁵⁰ Listen av argumenter er ikke er fullstendig. For eksempel vil et økt antall forsikringsselskaper øke ressursbruken unødvendig (effektivitetstap) da man dupliserer administrative kostnader og ikke utnytter eventuelle stordriftsfordeler slik tilfellet ville være ved en offentlig helseforsikring (monopol). På den andre siden vil en finansiering gjennom økt skatter generere vridnings-effekter i økonomien («skatte-kiler») som påfører samfunnet et effektivitetstap (skattefinansierings-kostnader).

«klassedelt samfunn», «to-delt helsevesen», og ytringer som «de med god råd og god helse kan kjøpe seg ut av køen», antyder engasjement og følelser. Debatten har i hovedsak vært opptatt av private behandlingsforsikringer mens andre helseforsikringer som «forsikring mot kritisk sykdom» ikke vies særlig oppmerksomhet. Dette på tross av at denne forsikringstypen også er viktig, både målt i antall forsikrede og i premie-innbetaling, og har vokst mye over tid. En årsak til denne «ubalansen» i oppmerksomhet er trolig at koblingen til adgangen til helsetjenester vurderes ulikt for de to typene av helseforsikring. Videre er det slik at debatten er opptatt av kollektive avtalene og i liten grad problematiserer de individuelle avtalene. En forklaring er selvsagt at de kollektive avtalene omfatter mange fler (over 90 prosent), men det kan også ha betydning at de kollektive er subsidierte (arbeidsgivere betaler for sine ansatte), i motsetning til de individuelle avtalene (egenbetalte).⁵¹

I dette kapittelet gis en grundigere drøfting av punkt (iv) i kapittel 6.2 – altså hvorvidt et stort og voksende marked for private behandlingsforsikringer bidrar til økt ulikhet i adgangen til helsetjenester. Før en slik drøfting utføres så er det nødvendig å definere hva som menes med «lik adgang til helsetjenester» og hvordan denne målsettingen skal fortolkes i forhold til private behandlingsforsikringer. Dette gjøres ved og først å foreta en gjennomgang av sentrale norske helsepolitiske målsettinger og deretter fortolke disse i forhold til ventetid på spesialisthelsetjenester.

7.1. OM HELSEPOLITISKE MÅL VEDRØRENDE FORDELING

De helsepolitiske målsettingene uttrykkes i lovverk, offentlige utredninger og i stortingsmeldinger. Nedenfor presenteres noen utdrag fra slike publikasjoner som alle vedrører målsettinger knyttet til adgangen til helsetjenester.

I 1997 kom «Forskrift om ventetidsgaranti av 27 juni 1997 (ventetidsforskriften)».

Hovedelementene var en vurderings-garanti på 30 virkedager og behandlingsgaranti med maksimalt 3 måneder ventetid for pasienter med alvorlig sykdom etter følgende kriterier;

⁵¹ «Støyen» rundt private behandlingsforsikringene kan også avhenge av forhold som finansiering og organisering. Dette kan belyses ved å stille de følgende tre spørsmål; (i) hva hvis virksomhetene hadde vært selv-assurandører? – altså at de ikke kjøpte forsikringer men heller betalte påløpte behandlingstkostnader for sine ansatte (en type organisering som har en viss parallell til hvordan bedriftshelsetjenesten har vært organisert) (ii) hva hvis arbeidstakerne hadde mottatt et lønnstillegg fra sine arbeidsgivere, som tilsvarte den kollektive premieinnbetalingen, i kombinasjon med en oppfordring om å tegne individuelle avtaler?, og, (iii) hva om alle de forsikrede kun hadde mottatt tjenester av utenlandske leverandører.

- 1. Pasientene skal ha et klart påregnelig og betydelig tap av livslengde eller livskvalitet dersom behandling utsettes*
- 2. Det foreligger god dokumentasjon for at utsiktene når det gjelder livslengde eller livskvalitet vesentlig kan forbedres ved aktiv medisinsk behandling, forverres uten behandling eller at vesentlige behandlingsmuligheter kan forspilles ved utsettelse*
- 3. De forventede resultater står i et akseptabelt forhold til kostandene*

Fra NOU 15 (1999) (Hvor nært skal det være?) følger det;

«Det grunnleggende elementet i norsk helse- og sykehuspolitikk er å sikre hele befolkningen god tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Det er en forutsetning at tilgangen skal være uavhengig av alder, kjønn og bosted og at tjenestene skal ytes av en offentlig styrt helsesektor».

Fra "Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (LOV-1999-07-02-63) heter det; *Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.*

I Helseforetaksloven (§ 1 i lov av 15. juni 2001 nr. 93) sies det; *«Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.»*

Ventetidsforskriften ble senere erstattet av «Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp av 1. desember 2000 (For-2000-12-01-1208; Prioriteringsforskriften).»

Prioriteringsforskriftens paragraf 2 sier at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp når:

- 1. Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.*
- 2. Pasienten kan ha nytte av helsehjelpen*
- 3. De forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.*

I Stortingsmelding 34 (2015-2016) (Verdier i pasientenes helsetjeneste - melding om prioritering) fremmes det forslag om prioriteringskriterier som skal gjelde for spesialisthelsetjenesten, for legemidler over folketrygden og for fastlegenes samhandling med

spesialisthelsetjenesten. *Forslaget inneholder de følgende tre kriterier; nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet.*⁵²

De ulike målsettingene som er uttrykt i utdragene over vedrører både horisontal likhet («like behandles likt») og vertikal likhet («ulike behandles ulikt»). Med horisontal likhet menes et likeverdig behandlingstilbud for en bestemt tilstand, uavhengig av kjønn, alder, bosted, sosial status og betalingsevne. Med vertikal likhet menes at man skal prioritere mellom pasienter og pasientgrupper basert på behovsgrad, hvor behovsgrad, for tiden, defineres av de tre kriteriene i «Prioriteringsforskriften». Disse kriteriene er særlig relevante når det gjelder hvilke intervensjoner og metoder som skal være offentlig finansiert, for legemidler over folketrygden, og for hvilke pasientgrupper som skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Når det gjelder prioritering med hensyn til ventetid for pasienter som venter på offentlig finansierte tjenester, så vil fagmiljøene selv måtte utvikle behovskriterier for de enkelte diagnosegruppene. I praksis vil ventetid være nært forbundet med alvorlighetsgrad» - altså helsetap ved utsatt behandling og forspilte behandlingsmuligheter ved utsatt behandling.⁵³

7.2. EN DRØFTING AV PRIVATE BEHANDLINGSFORSIKRINGER OG ADGANGEN TIL SPESIALIST-HELSETJENESTER:

I det følgende drøftes effekten av private behandlingforsikringer på målsettingen om lik adgang til helsetjenester. Fra kapittel 3 følger det at behandlingforsikringer i all hovedsak omfatter spesialisthelsetjenester og at den sentrale konsekvensen av slike forsikringer er at ventetiden på slike tjenester reduseres. Derfor vil den påfølgende diskusjonen fokusere på de fordelingsmessige konsekvenser av redusert ventetid på spesialisthelsetjenester.⁵⁴ Når det gjelder den fordelingspolitiske målsettingen så tolkes den som følger; (i) alle med samme «alvorlighetsgrad» skal ha lik ventetid for samme type behandling (horisontal dimensjon), og, (ii) ved ulik «alvorlighetsgrad» skal man gi prioritet i ventetid til de med høyest «alvorlighetsgrad» (vertikal dimensjon). I den grad begge målsettingene samtidig er oppfylt så kan man si at man har oppnådd like adgang, i form av ventetid, til

⁵² Nyttekriteriet reflekterer den forventede nytten av et tiltak og skal måles som gode leveår. Ressurskriteriet reflekterer kostnadene, avgrenset til helsektorenes kostnader ved tiltaket. Alvorlighetskriteriet reflekterer prognosetap og skal kvantifiseres gjennom antall gode leveår som tapes ved fravær av den behandlingen som vurderes. Kvalitetsjusterte leveår (QALY) skal brukes som uttrykk for gode leveår.

⁵³ I følge Pasienthåndboken (2006) bør kriteriene for ventetid fastsettes i forhold til forventet bedring etter en gitt behandling med hensyn til livskvalitet og dagliglivets funksjoner (Pasienthåndboka 2006).

⁵⁴ Dette betyr at vi i diskusjonen ikke vil vurdere andre effekter av forsikringene, som for eksempel omfang, innhold og kvalitet (komplementære og supplerende aspekter).

spesialisthelsetjenester («ventetids-likhet»). Dette betyr at spørsmålet som skal drøftes blir; «i hvilken grad eksistensen av et marked for private behandlingsforsikringer har svekket fordelingen av ventetid for spesialisthelsetjenester hvor ventetid skal fordeles etter kriteriet «alvorlighetsgrad».

Anta rent hypotetisk at man før introduksjonen av private behandlingsforsikringer var i en situasjon med likhet når det gjelder fordelingen av ventetider («ventetidslikhet»). Anta videre at en gruppe av individer nå ble omfattet av en privat behandlingsforsikring. I en slik situasjon så vil de private behandlingsforsikringene med nødvendighet svekke «likheten» langs begge dimensjoner (horisontal og vertikal). Denne konklusjonen er gyldig uavhengig av om gruppen som mottok en behandlingsforsikring utgjør et representativt utvalg av alle norske innbyggere eller ei – altså om gruppen er lik befolkningen langs alle relevante bakgrunnsfaktorer eller ei. Dette betyr at den eneste situasjonen hvor en slik konklusjon ikke med nødvendighet ville gjelde er hvis gruppen med de forsikrede i utgangspunktet hadde vært for lavt prioritert i forhold til sitt «ventetidsbehov» (alvorlighetsgrad).⁵⁵ Dette tilsier at de fordelingsmessige effektene av et privat forsikringsmarked vil måtte avhenge av hvordan gruppen som har slike forsikringer, i fravær av de samme forsikringene, faktisk hadde vært prioritert.⁵⁶

Flere faktorer tilsier at en ulik adgang til helsetjenester kan følge av andre forhold enn av et marked for private behandlingsforsikringer. Mulige årsaker vil være den anledning norske borgere har til å søke behandling i utlandet, geografiske variasjoner i ressurstilgang og dekningsgrad (private spesialister og sykehus), og organisering og finansiering av private spesialister. Private spesialister med driftsavtaler står relativt fritt til selv å prioritere mellom de behandlingssøkende. I den grad slike tilbydere har ulik praksisprofil og klientpreferanser så vil det kunne bety ulik adgang og ulik ventetider. I tillegg så er adgangen til private spesialister med driftsavtale og uten driftsavtale ulik både når det gjelder ventetid og egenbetaling. Man finner også eksempler på offentlig initierte prosjekter som kan sies å ha «institusjonalisert» en ulik adgang til helsetjenester. Eksempler her er ordningene «Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser» etablert tidlig på 2000-tallet og Raskere tilbake-ordningen» (Tilskuddsordningen for helse – og rehabiliteringstjenester) etablert i 2007. I disse ordningene kjøper det offentlige (trygdeetaten/NAV) spesialisthelsetjenester for å gi sykemeldte kortere

⁵⁵ Vi velger å anvende begrepet «ventetids-behov» på tross av at dette ikke er veletablert begrep.

⁵⁶ I tillegg vil selvfølgelig antallet med forsikring ha betydning for effekten på graden av «ventetids-ulikhet».

ventetid på behandling og dermed en raskere retur til yrkeslivet.⁵⁷ Denne pasientgruppen gis altså gitt raskere adgang til behandling sammenlignet med om de hadde stått på en ordinær venteliste (Aas m. fl. 2011).⁵⁸

I lys av dette blir altså spørsmålet nå om ulikheter i adgangen til spesialisthelsetjenester, som opptrer som en konsekvens av forhold referert til over, i særlig grad ville ha rammet de som nå omfattes av private behandlingsforsikringer. Gjennomgangen av de ulike analysene som finner sted i kapittel 4 sier indirekte noe om dette.⁵⁹ Hovedkonklusjonene her var at visse observerbare dimensjoner som kjønn, inntekt, lederstilling og sektortilhørighet er overrepresentert blant de yrkesaktive med forsikring sammenlignet med de yrkesaktive uten forsikring. Disse forskjellene øker gjennomgående langs de samme dimensjonene når man sammenligner de forsikrede med alle uten forsikring.

Det er flere norske kunnskapsoppsummeringer som vedrører sosial ulikhet (Næss m.fl., 2007; Clench-Aas, 2007; og Godager og Iversen, 2013). Næss m.fl. (2007) er i hovedsak opptatt av ulikhet i helse. Clench-Aas (2007) og Godager og Iversen (2013) fokuserer på sosioøkonomiske- og demografiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjenester. Clench-Aas (2007) finner at kontakten med spesialisthelsetjenesten synes å være høyere blant dem med lengre utdanning selv om sykkeligheten er høyere hos dem med kortest utdanning. Godager og Iversen (2013), i sin gjennomgang, finner tendenser til ulikheter i bruk av allmennleger, private spesialister og sykehusenes poliklinikker mens det ikke er noen slik effekt når det gjelder sykehusinnleggelse. For allmennlegetjenester er det en ulikhet i retning av mer bruk for grupper med lavere sosioøkonomisk status. For privatpraktiserende spesialister derimot synes flere studier å bekrefte at ulikheten går i favør av de med høyere sosioøkonomisk status.

Det er også utført studier som ser på sammenhengene mellom ventetid på spesialistbehandling og sosioøkonomiske variable. Arnesen m fl. (2002) fant ingen ulikhet i ventetid for personer med ulikt kjønn og sosioøkonomisk status men personer som var sykemeldt hadde signifikant kortere ventetid for kirurgisk behandling. Monstad m.fl. (2010) undersøker om det er ulikhet i ventetid når det kontrolleres for hoved- og bidiagnoser. For

⁵⁷ I NOU 27 (2000) henvises det til ulike forsøksordninger hvor trygdeetaten har kjøpt helsetjenester for (i) sykemeldte med sammensatte lidelser og (ii) sykemeldte med enklere lidelser som kan behandles med dagkirurgi.

⁵⁸ Et annet eksempel er den såkalte «Pasientbroen til utlandet» som ble etablert i 2001. Man opprettet da en ny prosjektorganisasjon i Rikstrygdeverket som skulle ha ansvar for, (i) finansiering, (ii) å utforme kontrakter med utenlandske sykehus, (iii) motivere norske sykehus til å sende pasienter, og (iv) ta seg av det praktiske ved behandlingsreiser (se Botten m. fl. 2003).

⁵⁹ En analyse av individuell variasjon i ventetider forklart med en variabel som presist måler ventetids-behov kombinert med ulike demografiske - og sosioøkonomiske variable ville kunne måle effekten på ventetids-likheten av et voksende privat forsikringsmarked.

menn finner man at det er en statistisk signifikant sammenheng mellom inntekt og ventetid. Kaarbøe og Carlsen (2014) finner at inntekt og ventetid har liten betydning for ventetiden til både kvinner og menn når det kontrolleres for både alvorlighetsgrad og sykehusspesifikke forhold.

I sum betyr funnene fra de empiriske studiene det refereres til at det er overveiende sannsynlig at eksistensen av, og økningen i, private forsikringer over tid har bidratt til å forsterke ulikheter i fordelingen av ventetider for spesialisthelsetjenester i Norge. Dette fordi litteraturen ikke synes å gi noen støtte for å si at de med kjennetegn som sammenfaller med de som nå har private forsikringer (menn mellom 30 og 50 år, med høy inntekt og som er yrkesaktive i privat sektor) har vært, eller ville vært, nedprioritert i forhold til sine reelle «ventetids-behov» på spesialisthelsetjenester i fravær av de samme forsikringene.

Drøftingen over baserer seg på «alvorlighetsgrad» alene, men dette perspektivet kunne eventuelt utvides med å tillegge yrkesaktive mer vekt enn ikke-yrkesaktive». Dette fordi yrkesaktive er eksponert for høyere ulykkesrisiko (yrkesrisiko) enn ikke-yrkesaktive samtidig som yrkesaktive skaper verdier for hele samfunnet (inkludert de ikke-yrkesaktive). Gitt et slikt utgangspunkt så ville innføringen av et privat forsikringsmarked fortsatt svekke de fordelingspolitiske målsettingene men svekkelsen kan sies å bli redusert sammenlignet med situasjonen hvor bare «alvorlighetsgrad» vurderes.

8. En kort oppsummering og noen refleksjoner om fremtiden

En hovedkonklusjon er at fremveksten av et marked for private behandlingsforsikringer har endret «fordelingen av ventetider til spesialisthelsetjenester mellom ulike grupper på en slik måte at den i mindre grad samsvarer med de helsepolitiske målsettingene». Dette skjer fordi de gruppene som har fått adgang til private behandlingsforsikringer ikke ville vært prioritert for lavt, i henhold til de samme helsepolitiske målsettingene, gitt at de hadde vært uten de samme forsikringene. Private behandlingsforsikringer gir altså høyere prioritert til en gruppe i form av redusert ventetid som igjen svekker både horisontal - og vertikal likhet.

Hvilken vekt man bør tillegge den ventetidsulikheten som følger av private behandlingsforsikringer vil være et verdispørsmål. Det er midlertidig noen forhold som tilsier at det kan være rimelig å redusere «likhets-argumentet» betydning. For det første fordi slike forsikringer i hovedsak retter seg mot individ med en gjennomgående lavere sykdomsbyrde

og hvor de potensielle helsegevinstene av de tjenestene som ytes er moderate. Slike forhold gjør ulikheten mindre alvorlig sett i forhold til tjenester som henvender seg til individ med lav initial helse og høye potensielle helsegevinster. For det andre omfatter slike forsikringer i all hovedsak «yrkesaktive» som dermed skaper verdier for hele samfunnet (inkludert de ikke-yrkesaktive). I tillegg er «yrkesaktive» mer eksponert for «skade-rikisiko» enn andre grupper. For det tredje bidrar de som kjøper slike forsikringer til en overføring av finansielle ressurser til offentlig sektor. Den samme forsikringen vil, alt annet konstant, redusere forbruket av offentlig finansierte helsetjenester – noe som igjen frigjør ressurser til bruk på andre pasientgrupper.

I den grad den faktiske adgangen til spesialisthelsetjenester ikke samsvarer tilstrekkelig med de fordelings-politiske målsettingene så kan det være naturlig å vurdere ulike tiltak som kan øke grad av måloppnåelse. I så fall bør man foreta en avveining av de fordelingsmessige virkningene opp mot tiltakenes ressursbruk og konsekvensene på effektivitet. Det kan i prinsippet være slik at de mest effektive tiltakene kan være andre tiltak enn tiltak som direkte intervensjoner i markedet for private behandlingsforsikringer. Eksempler på denne type av tiltak vil kunne være; (i) opphør av offentlige kjøp av helsetjenester til sykemeldte, og, (ii) en større grad av prioritetsstyring av private avtalespesialister.

For tiltak som direkte intervensjoner i markedet for private behandlingsforsikringsmarkedet så finnes det to hovedgrupper.⁶⁰ For det første tiltak som endrer relative priser gjennom bruk av skatter og avgifter. For det andre tiltak som reduserer gevinstavstanden mellom det å ha en privat forsikring og det og ikke ha en slik forsikring. Eksempler på tiltak i den siste gruppen kan være (i) reduksjon av ventetidene i det offentlige systemet (tilføre mer ressurser og effektivisere kø-forvaltningen), (ii) begrense de forsikredes adgang til å benytte «et offentlig forløp», (iii) bremse kapasitetsoppbyggingen i privat sektor, eller (iv) at det offentlige tilbyr mer av samme tjenestene som de forsikrede mottar («second opinions» og informasjons – og navigerings-tjenester).

Når det gjelder utviklingen fremover for dette markedet så vil den avhenge av mange faktorer. Den årlige relative veksten har avtatt de siste årene, noe som i lys av stabile rammebetingelser og stabile premier, kan tyde at noe av markedspotensialet synes å være tatt

⁶⁰ Gitt at målsettingen er å redusere ulikheten i adgangen til spesialisthelsetjenester, så kan det i prinsippet være slik at de mest effektive tiltakene er andre enn tiltak som direkte intervensjoner i markedet for private behandlingsforsikringer. Eksempler på slike tiltak vil kunne være; (i) opphør av kjøp av helsetjenester til sykemeldte og (ii) større grad av prioritetsstyring av private avtalespesialister.

ut. På den andre siden er det slik, gitt det allerede høye antallet med en slik forsikring, at på tross av en lav relativ vekst så vil den absolutte tilveksten fortsatt være høy. Videre er det slik at erfaringene fra Danmark og Finland tyder på fortsatte vekstmuligheter i dette markedet i den forstand at innholdet i slike forsikringer kan endre noe karakter i årene fremover – altså at andre forhold enn kortere ventetid vil kunne inkluderes (komplementære og supplerende tjenester).

På litt sikt vil dette markedet bli påvirket av utfordringer som eldrebølgen, et økende tilbud av nye og relativt kostbare behandlingsteknologier (nye metoder), befolkningenes forventninger til tjenestekvalitet, lavere olje – og gass inntekter, en handlingsregel, som hvis den overholdes gir mindre finansiell fleksibilitet, og (trolig) en produktivitetsutvikling på et lavere nivå. Disse utfordringene vil skjerpe «konkurransen» mellom helsetjenester og andre velferdstjenester samtidig som forventningsgapet øker (forskjellen mellom hva som er mulig å gjøre og hva som faktisk tilbys). På sikt så vil man nødvendigvis måtte (i) øke de offentlige inntektene, og/eller, (ii) redusere de offentlige utgiftene. Offentlige inntekter øker som følge av økte skatter og avgifter mens offentlige utgifter reduseres ved lavere overføringer og et lavere ambisjonsnivå når det gjelder omfang av og kvalitet på helse- og velferdstjenester (økt egenbetaling).

Et forhold som tidvis nevnes er at oppslutningen om velferdsstaten generelt, og den offentlige helsesektoren spesielt, vil svekkes som følge av markedet for private behandlingforsikringer. Dette argumentet synes å bygge på premisset om at de med forsikringer oppfatter «dobbelbetalingen» som belastende og av den grunn vil ønske å velge mellom en omfattende privat forsikring og en offentlig forsikring. Gitt et økende antall med helseforsikring, så vil denne gruppen øke sin velgermakt og derigjennom sannsynligheten for at en universell løsning velges bort. På lengre sikt kan man altså tenke seg en ny likevekt med privat finansiering og et offentlig finansiert minimumstilbud for de uten privat forsikring.

Innenfor en rimelig horisont så synes en slik utvikling ikke overveiende sannsynlig. For det første så er avstanden mellom den dupliserende forsikringen vi observerer i dag og et enten-eller-system (en substituerende privat forsikring) stor. For det andre har dobbelbetalingen i realiteten vært relativt begrenset – individer med kollektive avtaler betaler kun for forsikringen gjennom fordelsbeskatning. For det tredje så kan argumentasjonen også gå motsatt vei. Det er mulig å hevde at nettopp muligheten for kjøp av private forsikringer, som et supplement til den offentlige forsikringen, virker som en sikkerhetsventil og derigjennom opprettholder oppslutningen om den universelle modellen. Kanskje er det slik at risikoen for

en redusert fremtidig oppslutning om velferdsstaten, inkludert den offentlige helsesektoren, i større grad avhenger av nivået på den fremtidige beskatningen av de yrkesaktive?⁶¹

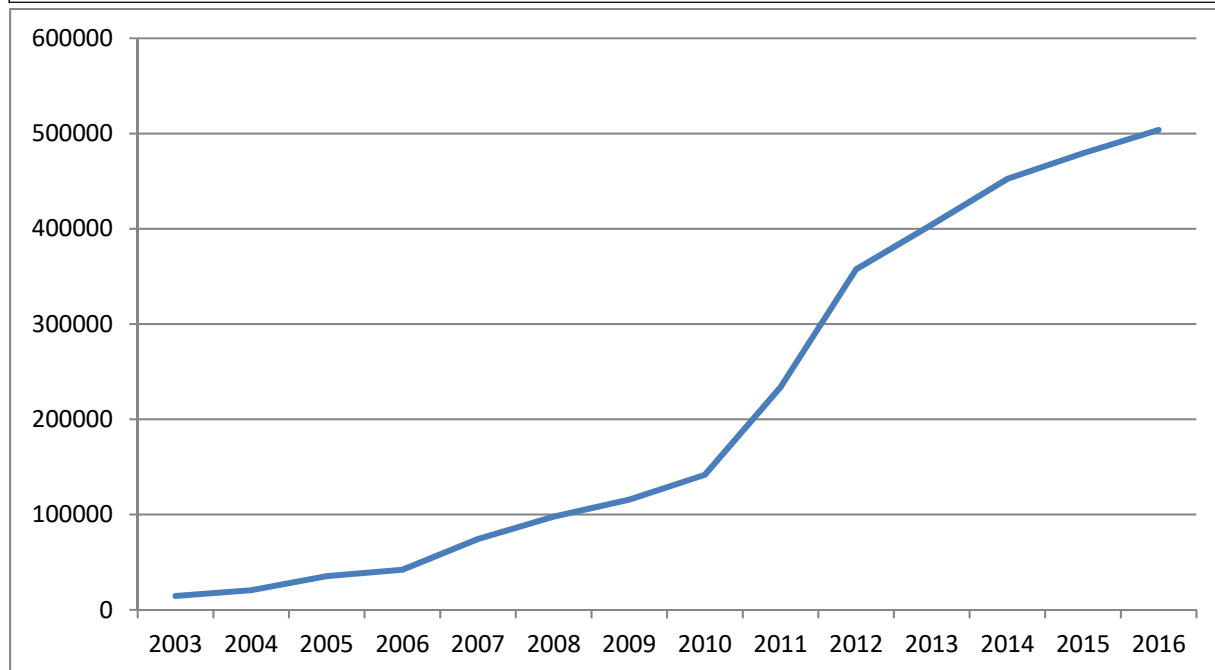
I dette notatet argumenteres det for at fremveksten av et marked for private behandlingsforsikringer har svekket graden av fordelingspolitisk måloppnåelse. Det er imidlertid også slik at effektivitetshensyn alene kan representere et argument i disfavør av et slikt marked. Mulige samspillseffekter mellom offentlig - og privat sektor kan ha uheldige konsekvenser for den samfunnsmessige effektiviteten. For eksempel vil ha et voksende privat forsikringsmarked og en voksende privat spesialisthelsesektor i sum bety en svekket styring av helsesektoren. Et viktig spørsmål blir om de ressursene som kanaliseres til produksjon av helsetjenester gjennom det private forsikringsmarkedet faktisk skaper tilstrekkelige verdier – eller sagt på en annen måte «om disse ressursene ville hatt en større samfunnsmessig avkastning anvendt på andre formål»? I den forbindelse er det to forhold som bør gis mer forskningsmessig oppmerksomhet. For det første i hvilken grad private behandlingsforsikringer, og da spesielt kollektive avtaler, bidrar til å redusere virksomhetenes sykefravær? For det andre hvorvidt økningen i bruk av private behandlere har senket indikasjonsnivået og dermed økt variasjonen i tjenesteforbruket over grupper og regioner?

⁶¹ Produktivitetskommissjonen beregnet, at under visse forutsetninger så må den gjennomsnittlige skattesatsen på husholdningenes inntekter øke til 64 prosent innen 2060 (NOU 2016;3).

VEDLEGG

Figur A1 presenterer utviklingen fra 2003 til 2016 i antallet private behandlingsforsikringer slik den er registrert av FinansNorge (tidligere Finansnæringens Hovedorganisasjon).

Figur A1: Antall forsikrede med private behandlingsforsikringer. Utviklingen i Norge fra 2003 til 2016. Antall forsikrede er registrert ved utløpet av det enkelte kalenderår og inkluderer alle selskap som var medlem av FinansNorge i perioden 2003-2016. Kilde: FinansNorge.



Det følger av figur A1 at veksten har vært relativt dramatisk og da særlig i perioden 2010 til 2012. Tabell A1 angir en mer detaljert presentasjon av denne utviklingen. I tillegg til totalt antall forsikrede så presenteres det i denne tabellen også tall for årlig vekst (absolutt og relativt) samt fordelingen mellom kollektive – og individuelle avtaler (absolutt og relativt).

Tabell A1: Utviklingen i antall forsikrede (kollektive og individuelle avtaler) og årlig vekst (absolutt og prosent). Private behandlingforsikringer; 2013 til 2016. Antall årlige forsikrede er registrert ved utløpet av det enkelte kalenderår og inkluderer alle selskap som var medlem av FinansNorge i perioden 2003-2016). Kilde FinansNorge.

	Totalt antall forsikrede	Antall med kollektive avtaler (andel)	Antall med Individuelle avtaler (andel)	Årlig økning (årlig vekst)
2003	14 587	5 010 (34 %)	9 577 (66 %)	-
2004	20 634	9 767 (47 %)	10 867 (53 %)	6 047 (42 %)
2005	35 418	23 894 (67 %)	11 524 (33 %)	14 784 (72 %)
2006	42 073	30 161 (72 %)	11 912 (28 %)	7 491 (21 %)
2007	74 435	60 819 (82 %)	13 616 (18 %)	32 362 (77 %)
2008	97 661	82 396 (84 %)	15 265 (16 %)	23 226 (31 %)
2009	115 651	99 848 (86 %)	15 803 (14 %)	17 990 (18 %)
2010	141 742	126 019 (89 %)	15 723 (11 %)	26 091 (23 %)
2011	233 639	210 674 (90 %)	23 065 (10 %)	91 997 (65 %)
2012	357 418	325 641 (91 %)	31 827 (9 %)	123 679 (53 %)
2013	404 320	368 805 (91 %)	35 515 (9 %)	46 902 (13 %)
2014	452 488	413 910 (91 %)	38 578 (9 %)	48 168 (12 %)
2015	479 215	437 636 (91 %)	41 579 (9 %)	26 727 (6 %)
2016	503 810	458 567 (91 %)	45 243 (9 %)	24 595 (5 %)

REFERANSER

- Aarbu, K.O. (2008): Privat behandlingsforsikring – kommet for å bli? Magma No. 4.
- Aarbu, K.O. (2010): Demand patterns for treatment insurance in Norway. NHH. Department of Economics. Discussion paper No. 11.
- Aas, R.W., Solberg, A. og Strupstad, J. (2011): Raskere tilbake. IRIS. Rapport 125.
- Aleksandersen, N., Anell, A., Kaarboe, O., Lehto, J.S., Tynkkynen, L.K., and Vrangbæk, K. (2016): The development of voluntary health insurance in the Nordic countries. Nordic Journal of Health Economics, Vol. 4, No. 1, pp. 68-83.
- Aleksandersen, N., Hagen, T.P., Kaarbøe, O. (2017): Hvilke bedrifter kjøper private helseforsikringer i Norge? Samfunnsøkonomen, Nr. 1.
- Arnesen, K.E., Erikssen, J., Stavem, K. (2002). Gender and socioeconomic status as determinants of waiting time for inpatient surgery in a system with implicit queue management. Health Policy 62, 329-341.
- Askildsen, J. Holmås, T., og Nordanger, L. (2006): Bør kommuner kjøpe helseforsikring? SNF-Arbeidsnotat nr. 51/06, Bergen: Samfunns-ogNæringslivsforskning AS, 2006
- Botten, G., Grepperud, S., og Nerland, S. M. (2003): Pasientbehandling innenlands eller utenlands? En analyse av ressursbruk i Pasientbroen. Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo.
- Brunner, G., Gottret, P., Hansl, B., Kalavakonda, S., Nagpal, S. og Tapay, N. (2012): Private voluntary insurance. Washington: The International bank for Reconstruction and Development.
- Clench-Aas, J. (2007): Sosio-demografiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjenester i Norge – en kunnskapsoppsummering. Forskningsoversikt 2007. ISBN (elektronisk): 978-82-8121-119-3. Tilgjengelig på www.fhi.no
- Colombo, F. og Tapay, N. (2004): Private health insurance in OECD countries: The benefits and costs for individuals and health systems. OECD Working Papers No 15.
- Dalslåen, A.K: (2016): Behandlingsforsikring i Noreg. En logistisk regresjonsanalyse av kva som påvirker norske innbyggere til å ha privat helseforsikring. Masteroppgave i Statsvitenskap. NTNU.
- Godager, G. og Iversen, t. (2013): Empirisk litteratur om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester i Norge. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse – en norsk kunnskapsoversikt. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Grepperud, S, og Iversen, T. (2011): Hvem har arbeidsgiverfinansiert behandlingsforsikring? Tidsskrift for Velferdsforskning 14, 15-24.

- Hem, K.G. (2009): Privat helseforsikring og sykefravær: SINTEF Teknologi og samfunn – A13613. Desember.
- Kaarbøe, O. og Carlsen, F. (2014): Waiting times and socioeconomic status. Evidence from Norway. *Health Economics*. 23(1); 93-107.
- Monstad, K., Engesæter, L.B., Espehaug, B. (2010): Waiting time and socioeconomic status – an individual-level analysis. Working Papers in Economics 11/10. Department of Economics, University of Bergen.
- OECD (2004): Proposal for a taxonomy of health insurance. Paris: Organization of Economic Cooperation and Development. June 2004.
- Seim, A., Løvaas, L., og Hagen. T.P. (2007): Hva kjennetegner bedrifter som kjøper private helseforsikringer? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 127 (20): 2673-2675.
- Seim, A. (2008): Fremveksten av en supplerende helsetjeneste? Institutt for Helseledelse og Helseøkonomi. UiO: Masteroppgave.
- Thomson, S, og Mossiales, E. (2004): What are the equity, efficiency, cost containment, and choice implications of private health-care funding in Western Europe? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network.
- Øvrebotten, G.A. (2016): Arbeidsgiverfinansiert behandlingsforsikring – et ansattgode eller en helseforsikring? Masteroppgave. Universitetet i Bergen, Institutt for økonomi.